



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



## Relatório de Estágio Profissionalizante em Psicomotricidade e Intervenção Precoce na Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce

---

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em  
Reabilitação Psicomotora

Júri:

Presidente:

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Vogais:

Professor Doutor Vítor Manuel Lourenço da Cruz  
Professor Doutor António José Mendes Rodrigues

Susana Cardoso

Abril, 2014

## **Agradecimentos**

Sem o apoio de algumas pessoas, não teria sido possível realizar este trabalho. Como tal gostaria de agradecer a todas as pessoas que me ajudaram a concluir mais uma etapa da minha vida.

Queria começar pelos meus pais, pelo apoio incondicional que me deram e por terem lutado tanto para eu chegar a este momento.

À minha irmã, por todos os conselhos e ajuda na realização de trabalhos ao longo destes 5 anos.

Ao Gonçalo pelo suporte emocional e compreensão nos momentos mais difíceis.

À minha colega de estágio e amiga, Filipa Costa, pelo apoio, partilha e companhia.

Às minhas colegas de faculdade e amigas, e em especial à Inês Morais e Bárbara Almeida, pelos esclarecimentos de dúvidas, partilha de experiências, apoio e todos os momentos que passámos juntas.

À Professora Doutora Teresa Brandão pela orientação, apoio e ensinamentos dados ao longo do ano letivo.

À Diretora Técnica, Jeniree Pereira e a toda a equipa EMDIIP, por toda a experiência que partilharam comigo e por me terem recebido tão bem na equipa.

A todas as crianças e famílias, pelas oportunidades que me permitiram crescer e aprender.

A todos os professores, pela disponibilidade, simpatia e respeito pelo meu trabalho.

A todos os que tornaram tudo isto possível, um muito Obrigado!

**Nota:** Este relatório está escrito ao abrigo do novo ortográfico.

## Resumo

O presente documento tem como objetivo a descrição do trabalho desenvolvido durante o Estágio Profissionalizante, inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado de Reabilitação Psicomotora (2º Ciclo) da Faculdade de Motricidade Humana e realizado no âmbito da Psicomotricidade e Intervenção Precoce.

O estágio decorreu na Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (EMDIIP), tendo sido realizada intervenção individual com dez crianças, com idades compreendidas entre os cinco e os dez anos com diversas problemáticas nomeadamente PHDA e DA's. O processo de intervenção ocorreu em contexto de escola ou jardim-de-infância envolvendo reuniões com pais, professores, avaliação e intervenção psicomotora.

Para além destas dez crianças acompanhadas individualmente, ainda foram realizadas atividades na sala de multideficiência que incluía seis crianças, todas as semanas.

Assim, o relatório é composto pela revisão bibliográfica dos conceitos relevantes para o âmbito do estágio e pelo enquadramento institucional formal. Também é feita uma descrição da população acompanhada e da intervenção realizada, bem como dos resultados da mesma, e algumas considerações finais.

**Palavras – Chave:** Cognitive Assesement System , *Checklist* das Habilidades Pré-académicas, Contexto escolar, Dificuldades de Aprendizagem; Escalas de Conners, Idade escolar, Intervenção Pedagógico- Terapêutica, Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção; Psicomotricidade

## **Abstract**

The aim of the present document is to describe the work developed during the internship related to the deepening branch of the Psychomotor Rehabilitation's Master, in the Faculty of Human Kinetics, within the areas of psychomotricity and early intervention.

The internship took place in the Child Development and Early Intervention movable team (EMDIIP), where it was done individual intervention with ten different children, aged between five and ten years old, diagnosed with different problems as ADHD and learning disabilities.

All the intervention process occurs in a school and kindergarten's context, involving meeting with the parents, teachers, assessments and psychomotor intervention.

In addition, there were also developed activities in the multiple disabilities classroom with more six different children.

The document presents a literature review of the main concepts related to the internship and the institutional and population's description, a review of the intervention developed and also its results and final considerations.

**Keywords:** CAS, Checklist of Pre-Academic Skills, School Context, Learning Disabilities, Conners Scale, School age, Education and therapeutic intervention, Attention- Deficit and Hyperactivity Disorder, Psychomotor intervention

# Índice Geral

Resumo .....	ii
Abstract .....	iii
Introdução.....	1
I - Enquadramento Teórico .....	2
1. Psicomotricidade.....	2
1.1 Intervenção Psicomotora com crianças.....	3
2. Dificuldades de Aprendizagem.....	4
2.1 Etiologia .....	6
2.2 Critérios de Diagnóstico .....	6
2.3 Características das Dificuldades de Aprendizagem.....	6
2.4 Intervenção Psicomotora nas Dificuldades de Aprendizagem .....	8
3. Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção .....	9
3.1 Etiologia .....	9
3.2 Critérios de Diagnóstico .....	10
3.3 Características de PHDA .....	11
3.4 Intervenção Psicomotora na PHDA.....	12
4. Enquadramento Legal.....	13
5. Enquadramento Institucional.....	14
5.1 Instituição.....	14
II - Realização da Prática Profissional.....	18
1. Organização da Prática Profissional.....	18
1.1 Horário de Estágio .....	18
1.2 Casos Acompanhados .....	18
2. Intervenção .....	20
2.1 Áreas de Intervenção .....	20
2.2 Contextos de Intervenção .....	20
2.3 Processo de Intervenção.....	21
2.4 Processo Pedagógico- Terapêutico.....	24
3. Avaliação .....	24
3.1 Instrumentos de Avaliação .....	24
3.1.1 Cognitive Assessment System (CAS) .....	25
3.1.2 Escalas de Conners – Forma Reduzida .....	26
3.1.3 Checklist das Habilidades Pré- Académicas .....	26

4.	Apresentação dos Estudos de Casos.....	27
4.1	Estudo de Caso I.....	28
4.1.1	Avaliação Inicial .....	28
4.1.2	Planeamento da Intervenção Pedagógico-Terapêutico .....	31
4.1.3	Intervenção .....	31
4.1.4	Avaliação Final.....	33
4.1.5	Resultados da Intervenção Pedagógico – Terapêutico do M.....	33
4.2	Estudo de Casos II .....	35
4.2.1	Avaliação Inicial .....	36
4.2.2	Planeamento da Intervenção Pedagógico – Terapêutico .....	37
4.2.3	Intervenção .....	38
4.2.4	Avaliação Final.....	39
4.2.5	Resultados do Processo Terapêutico.....	40
4.3	Estudo de Casos III .....	42
4.3.1	Avaliação Inicial .....	42
4.3.2	Planeamento de Intervenção .....	43
4.3.3	Intervenção .....	44
4.3.4	Avaliação Final.....	46
4.3.5	Resultados do Processo Pedagógico - Terapêutico .....	46
5.	Atividades Complementares.....	48
5.1	Reuniões de Equipa.....	48
5.2	Sala de Multideficiência.....	48
5.3	Caso A. ....	48
	Conclusão.....	49
	Bibliografia.....	51
	ANEXOS.....	i

## Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Processo de Intervenção em Psicomotricidade .....	21
--	----

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Terapias existentes na EMDIIP.....	15
Tabela 2 - Horário de Estágio .....	18
Tabela 3 - Crianças Acompanhadas.....	19
Tabela 4 - Estratégias de Intervenção .....	20
Tabela 5 - Organização dos casos ao longo dos meses (nº de sessões mensais) .....	21
Tabela 6 - Provas e Componentes do CAS .....	25
Tabela 7 - Plano Pedagógico – terapêutico M.....	31
Tabela 8 - Exemplo de Plano de Sessão do M. ....	32
Tabela 9 - Objetivos adquiridos, não-adquiridos e emergentes.....	35
Tabela 10- Plano Pedagógico – Terapêutico do F. ....	37
Tabela 11 - Objetivos adquiridos, não adquiridos e emergentes do F.....	41
Tabela 12- Plano terapêutico- pedagógico da B. ....	44
Tabela 13 - Exemplo de Plano de Sessão de B. ....	45
Tabela 14 - Objetivos adquiridos, não adquiridos e emergentes da B.....	47



## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Resultado da Aplicação da Escala de Conners .....	29
Gráfico 2 - Média dos valores totais no CAS na avaliação inicial do M. ....	30
Gráfico 3 - Comparação média dos valores totais do CAS na avaliação inicial e final do M .....	33
Gráfico 4 - Média dos valores totais no CAS na avaliação inicial do F .....	36
Gráfico 5 --Comparação média dos valores totais do CAS na avaliação inicial e final do F .....	40
Gráfico 6- Média dos valores totais no CAS na avaliação inicial da B. ....	43
Gráfico 7 -Comparação média dos valores totais do CAS na avaliação inicial e final da B. ....	46

## **Introdução**

O presente relatório refere-se ao Estágio Profissionalizante do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Este estágio incluiu os seguintes objetivos gerais:

- Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de Deficiência, Perturbação e Desordens/ Distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competências reflexiva multidisciplinar.
- Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção.
- Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

O Estágio Profissionalizante em Reabilitação Psicomotora foi desenvolvido na área da Psicomotricidade, na Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (EMDIIP). O mesmo foi coordenado pela Professora Doutora Teresa Brandão (orientadora na Faculdade de Motricidade Humana) e pela Dr.<sup>a</sup> Jeniree Pereira (orientadora local).

Desta forma, o documento aqui apresentado encontra-se organizado em duas partes essenciais: a primeira parte é constituída pelo Enquadramento Teórico, onde é apresentada uma breve revisão da literatura. Também será feita a caracterização da Instituição, bem como o contexto funcional, valências de intervenção e a relação com outros contextos de intervenção e comunitários.

A segunda parte é composta pela Realização Profissional, onde é apresentada a calendarização e o horário de estágio. Pretende-se também descrever os contextos onde decorrem as intervenções, assim como os instrumentos utilizados na avaliação dos casos acompanhados. Também é relatado o processo de intervenção, com apresentação de três estudos de casos. Por fim, serão apresentadas as dificuldades e limitações sentidas durante o estágio, bem como as atividades complementares.

A última parte deste documento pretende ser uma conclusão reflexiva sobre o decorrer de todo processo, bem como a sua importância a nível pessoal e profissional.

# **I - Enquadramento Teórico**

O Estágio Profissionalizante de Mestrado pretende ser um seguimento do trabalho desenvolvido tanto durante os anos de licenciatura assim como do primeiro ano de Mestrado. Este novo desafio permite fazer a transição da componente teórica para a prática profissional.

Atendendo a esse desafio, neste capítulo são abordados os conceitos e perspetivas sobre os temas revelantes para a intervenção psicomotora na EMDIIP.

## **1. Psicomotricidade**

Segundo Rodrigues (2006), a psicomotricidade é compreendida com uma área transdisciplinar que investiga as relações entre as funções psíquicas e a motricidade em vários contextos, com o objetivo de dar o seu contributo para ultrapassar os problemas de maturação, desenvolvimento, aprendizagem e comportamento, através da intervenção por mediação corporal expressiva, sendo possível observar e melhorar comportamentos desadequados do indivíduo. Fonseca (2005) explica ainda que as áreas do psiquismo são compostas por processos cognitivos tais como as sensações, perceções, imagens, afetos, emoções, sentimentos, medos, simbolizações, representações, ideias, e processos relacionais e sociais. A motricidade é definida como uma serie de expressões tanto mentais como corporais, reunindo funções tónicas, posturais, somatognosias e práxicas, estas expressões podem ser ou não verbais (Fonseca, 2005).

Segundo Martins (2001), a terapia psicomotora é definida com uma reeducação ou intervenção através da mediação corporal e expressiva, no qual o papel do terapeuta é investigar e compensar os comportamentos motores desadequados, ou com problemas de desenvolvimento ou de maturação tanto em âmbito psicomotor, como de comportamento, de aprendizagem e psicoafectivo.

A prática psicomotora é destinada para toda a população sem restrição da faixa etária. Esta intervenção inclui diversas metodologias tais como técnicas de relaxação e de consciência corporal, terapias expressivas, atividades lúdicas, atividades motoras adaptadas, entre outras (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2012).

Fonseca (2001) define como objetivos da psicomotricidade:

- Mobilizar e reorganizar as funções psíquicas e relacionais;
- Melhorar a conduta consciente e o ato mental;
- Elevar as sensações e as perceções a níveis de consciencialização, simbolização e conceptualização;
- Harmonizar e maximizar o potencial motor, cognitivo, e afetivo-relacional, ou seja, o desenvolvimento global do indivíduo, a capacidade de adaptação social e a modificabilidade do processamento de informação;

- Fazer do corpo uma síntese integradora da personalidade, reformulando a harmonia e o equilíbrio das relações, entre o psíquico e o motor, de forma a que a consciência se construa e se manifeste com o objetivo de promover a capacidade de adaptação a situações novas.

Em termos práticos o processo de intervenção psicomotora é composto por uma avaliação inicial, com a definição das áreas a melhorar, tendo em vista as principais dificuldades observadas. É realizado um perfil psicomotor sobre o qual se delineia um plano interventivo individual. Nesse documento deve estar presentes quais os objetivos a alcançar, para promover e melhorar a qualidade de vida do indivíduo (Fonseca, 2001).

### 1.1 Intervenção Psicomotora com crianças

A **Psicomotricidade** pode ter diversas dimensões: preventiva, educativa, reeducativa e psicoterapêutica, tendo em conta a ação e os estímulos, sendo através destes que o indivíduo toma consciência do seu próprio “eu” e de tudo o que rodeia. Apesar dos vários tipos de aplicação, o grande objetivo da Psicomotricidade é alcançar o nível mais elevado de desenvolvimento e aprendizagem da criança. A intervenção em psicomotricidade pode desenvolver-se em diferentes contextos, como o contexto hospitalar, escolar, institucional e familiar (Fonseca, 2001).

Pode-se considerar que a Intervenção Psicomotora tem duas vertentes – a instrumental e a relacional.

A **vertente instrumental** utiliza técnicas e estratégias relacionadas com a abordagem cognitivo-comportamental, focando-se nas situações problema, devendo estas ser apresentadas de modo a proporcionar a vivência de situações de êxito e, estabelecendo uma relação entre a pessoa e a ação, suscetível de romper com os seus bloqueios e resistências. Para tal, a situação deverá apelar à descoberta, ao pensamento, à diferenciação das fontes de informação e à adaptabilidade ao envolvimento. Neste tipo de intervenção existe uma relação mais precisa com os objetos e as características espaciais e temporais do envolvimento, valorizando-se mais a intencionalidade, a consciencialização da ação e a exploração de todas as formas possíveis de expressão – motora, gráfica, verbal, sonora, plástica... (Martins, 2001, 2005). Apesar do objetivo da Psicomotricidade instrumental ser o desenvolvimento global da criança, há uma maior ênfase em aspetos motores e cognitivos (Aragón, 2007).

Por outro lado, a **vertente relacional**, baseada na corrente psicodinâmica, envolve essencialmente a gestão da problemática da identidade e da fusionalidade, de modo a potenciar o reinvestimento no terapeuta como agente securizador e garante o desejo de ter-relação com o mundo e com os outros. É, então, realçada a importância das primeiras vivências, experiências tónico-emocionais e comunicacionais, para que este reviver simbólico, com a duração e intensidade necessárias, permita a elaboração mental da criança, que normalmente se inicia desorganizada e progressivamente se organiza e estrutura (Almeida, 2006; Martins, 2001, 2005). As atividades realizadas na vertente relacional são do âmbito do jogo simbólico, representação de contos de fadas, relaxação, ou seja, todas aquelas que favorecem a contenção e a simbolização do conflito.

Independentemente da metodologia utilizada, a intervenção psicomotora será sempre um espaço de prazer sensorio-motor, de jogo simbólico e de representações (Martins, 2001). Os pressupostos presentes na intervenção são: o estabelecimento de uma

aliança terapêutica entre o indivíduo e o terapeuta, favorecendo o conhecimento recíproco, o interesse, a compreensão, a empatia, a confiança e a cumplicidade (Costa, 2008).

Inicialmente a Psicomotricidade, em idades precoces, tinha como objetivo intervir nos problemas motores e espaço temporais através de uma perspectiva cognitiva e instrumental, mas ao longo do tempo, assumiu como principal objetivo a realização da criança enquanto pessoa (Martins, 2001).

A intervenção psicomotora tem por base a espontaneidade tanto das atividades motoras como no jogo simbólico. O ato de jogar proporciona o simbolismo e a representação mental através da ação sobre os objetos e a atividade motora (Franc, 2002).

Segundo Antunes e Duarte (2003), quando uma criança é diagnosticada com uma determinada perturbação do desenvolvimento psicomotor, deve beneficiar de diferentes tipos de intervenção e de uma especializada em psicomotricidade. Os mesmos autores referem que quanto mais cedo se conclui o diagnóstico, melhor será o prognóstico de desenvolvimento da criança, quando existe intervenção.

Em idade escolar, a intervenção psicomotora é fundamental para o processo de desenvolvimento cognitivo e de aprendizagem da criança (Silva & Cavalari, 2010; Sarmiento & Lima, 2012). De acordo com Sarmiento e Lima (2012), a psicomotricidade promove a aprendizagem, melhora o desenvolvimento da noção corporal, da lateralidade, da estruturação espaço-temporal, e permite a aquisição habitual da coordenação dos seus gestos e movimentos.

O principal objetivo da intervenção psicomotora é desenvolver o potencial das crianças, respeitando as habilidades dentro do processo de ensino-aprendizagem, proporcionando atividades que podem servir de ferramentas de ação no apoio ao desenvolvimento das aprendizagens (Cavalari & Garcia, 2010). Os autores referidos anteriormente acrescentam ainda que a intervenção psicomotora permite às crianças, uma consciencialização corporal, um desenvolvimento das áreas cognitivas, e afetivas, essenciais para o processo de aprendizagem, através de atividades lúdicas, as quais para além de permitirem a socialização, exercitam o intelecto, desenvolvem as aptidões, ensinam o esforço, promovem a criatividade e renovam energias.

## **2. Dificuldades de Aprendizagem**

A primeira proposta de definição de Dificuldades de Aprendizagem (DA) surgiu em 1962, através de Samuel Kirk, no seu livro *Educação da Criança Excepcional* (Correia, 2007). Mais tarde em 1994, o *National Joint Committee on Learning Disabilities* apresentou a seguinte definição, "*Dificuldades de aprendizagem* é um termo genérico que diz respeito a um grupo heterogéneo de desordens manifestadas por problemas significativos na aquisição e uso das capacidades de escuta, fala, leitura, escrita, raciocínio ou matemáticas. Estas desordens, presumivelmente devidas a uma disfunção do sistema nervoso central, são intrínsecas ao indivíduo e podem ocorrer durante toda a sua vida. Problemas nos comportamentos autorreguladores, na perceção social e nas interações sociais podem coexistir com as dificuldades de aprendizagem, mas não constituem por si só uma dificuldade de aprendizagem. Embora as dificuldades de aprendizagem possam ocorrer concomitantemente com outras condições de incapacidade (por exemplo, privação sensorial, perturbação

emocional grave) ou com influências extrínsecas (tal como diferenças culturais, ensino inadequado ou insuficiente), elas não são devidas a tais condições ou influências." (Correia, 2004 p. 372)

Segundo Rebelo (1993), o conceito de dificuldades de aprendizagem inclui fatores extrínsecos e intrínsecos que comprometem a aprendizagem. Assim sendo, foi necessário definir um conceito mais específico, que em Portugal surgiu em 1984, na publicação *Uma Introdução às Dificuldades de Aprendizagem*, de Vítor da Fonseca.

Em 2008, Correia, referiu que *"as Dificuldades de Aprendizagem Específicas dizem respeito à forma como um sujeito processa a informação ou seja como a recebe, integra, retém e a exprime, tendo em conta as suas capacidades e o conjunto das suas realizações"* p.28. As dificuldades de aprendizagem podem manifestar-se nas áreas da leitura, da fala, da escrita, da matemática, na resolução de problemas estando envolvidos dificuldades nos domínios da memória, percepção, motor, linguagem e de pensamento. Estas dificuldades não surgem de défices sensoriais, de dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, problemas motores, défices de atenção, perturbações emocionais ou sociais, apesar de poder existir em simultâneo com elas, podendo modificar a forma como o sujeito interage com meio envolvente" (Correia, 2008)

O conceito de dificuldades de aprendizagem é utilizado com diversos significados relacionados com um conjunto de problemas no processo da aprendizagem, assemelhando-se a necessidades de educação especial, e no sentido mais limitado, representando as dificuldades de aprendizagem específicas (DAE), numa ou em mais áreas académicas, podendo ainda estar relacionadas a área socio emocional (Correia & Martins, 1999). Segundo Ribeiro (2010) as áreas académicas, onde os alunos com DAE demonstram mais dificuldades são a leitura (dislexia), a escrita (disgrafia e disortografia) e a matemática (discalculia).

Correia em 2004 classificou as Dificuldades de Aprendizagem: a) Auditivo-linguística que inclui todos os problemas de percepção e compreensão do que é ouvido; (b) Visuo-espacial, ou seja, problemas na figura-fundo e nas relações espaciais; (c) Motora, incluindo problemas de coordenação global ou fina; (d) Organizacional que engloba a identificação do início, médio e fim da tarefa, resumir e organizar a informação; (e) Académica que abrange as áreas da leitura, matemática e escrita; e (f) Socio emocional, que inclui as dificuldades em cumprir regras sociais e interpretar expressões faciais.

Em 2005, Fonseca definiu dois tipos de aprendizagem: aprendizagens simbólicas ou verbais e aprendizagem não-verbais. As aprendizagens simbólicas ou verbais englobam as aprendizagens académicas tais como ler, escrever, contar; as aprendizagens não-verbais integram competências psicossociais ou psicomotoras, tais como orientação no espaço, o desenho ou a interação social. As dificuldades neste tipo de aprendizagem podem ter origem neurológica envolvendo uma disfunção no hemisfério direito, o que implica problemas na interação social e competências interpessoais dos indivíduos em questão (Lerner 2003).

As Dificuldades de Aprendizagem Específicas, são as necessidades educativas especiais com mais prevalência (48%) e representam entre 3% a 15% da população

escolar (Ribeiro, 2010), sendo a dislexia a dificuldade de aprendizagem mais frequente (Cortiella, 2011).

### **2.1 Etiologia**

Segundo Cortiella (2011), citando o *National Center for Learning Disabilities* existem alterações nas estruturas neurológicas do cérebro que prejudicam a sua capacidade para armazenar, processar ou comunicar informações. Apesar de não existir consenso na origem dessas alterações, a hereditariedade é um fator importante, visto que as dificuldades de aprendizagem ocorrem em vários familiares.

Correia (2007), defende a mesma teoria, explicando que a origem das DAE se encontra relacionada com fatores genéticos e/ou neurobiológicos, que derivam de modificações no funcionamento cerebral, que afetaram um ou mais processamentos relacionados com aprendizagem, ou seja, recepção, integração ou expressão de informação.

Outras etiologias possíveis estão implicadas nos fatores que atuam nos períodos pré, peri e pós natais, tais como excesso de radiação, abuso de álcool e/ou drogas durante a gravidez, a privação de oxigénio, os traumatismos cranianos, problemas de nutrição, negligência e abuso físico (Correia & Martins, 1999).

### **2.2 Critérios de Diagnóstico**

Segundo Citoler (1996, citado por Cruz, 1999), as dificuldades de aprendizagem influenciam as capacidades académicas tais como: a leitura, a escrita e a matemática, mas não intervêm na capacidade intelectual, excluindo a hipótese de serem causadas por problemas auditivos ou visuais sendo um critério de exclusão, mas podendo existir comorbilidade.

Para se considerar uma dificuldade de aprendizagem é necessário que a criança tenha um funcionamento intelectual na média ou acima dela uma discrepância significativa entre o potencial estimado e a sua realização, e que as dificuldades se manifestem numa ou mais das seguintes áreas: fala, leitura, escrita, matemática e raciocínio (Correia & Martins, 1999).

Correia (2007) menciona também que poderão existir problemas na conduta socio emocional, demonstrando formas desadequadas de perceber situações sociais, na interação com os seus pares e perspetivar as atitudes.

### **2.3 Características das Dificuldades de Aprendizagem**

Segundo Fonseca (1984), Correia e Martins (1999), associadas às dificuldades de aprendizagem podem surgir várias problemáticas em termos psicomotores, emocionais, cognitivos, perceptivos, psicolinguísticos e problemas de comportamento, para além das dificuldades de concentração, de memorizar e de ajustamento social.

Tendo em conta os problemas manifestados por indivíduos com DAE, Ribeiro (2010) refere que as principais áreas de intervenção são ao nível da leitura, cálculo, métodos e hábitos de estudos, linguagem oral, a consciência fonológica, e processos cognitivos

(atenção, memória, e metacognição), a percepção visual e auditiva e a psicomotricidade.

- Dificuldades de Aprendizagem Específica na leitura – Dislexia

Segundo Snowling e Hulme (2012), a dislexia é uma perturbação que influencia o desenvolvimento de competências de descodificação na leitura, que depende do conhecimento de letras e de capacidades fonológicas. Segundo os mesmos autores existem várias capacidades relacionadas com o vocabulário, com a gramática e com as competências de narração que interferem com a compreensão do que foi lido. Lerner (2003) explica que os indivíduos com dislexia têm problemas em reconhecer letras e palavras e interpretar informação que esteja impressa.

Os quatro fatores que podem influenciar a aprendizagem da leitura são os défices na consciência fonética e no desenvolvimento do princípio do alfabético, défices na aquisição de estratégias de compreensão da leitura e sua aplicação, défices no desenvolvimento e manutenção do incentivo para a leitura e na imprópria preparação dos docentes (Lyon, 2003 citado por Cruz, 2009).

Segundo o DSM – IV (APA, 1996) a leitura oral de sujeitos com dislexia caracteriza-se por apresentar distorções, substituições ou omissões assim como alterações na precisão, velocidade e compreensão da leitura, sendo abaixo do nível esperado para a sua idade cronológica, do seu quociente intelectual e da escolaridade devida para a idade do indivíduo. As alterações referidas anteriormente prejudicam o bom desempenho académico ou atividades da vida diária que requerem competências de leitura.

- Dificuldades de Aprendizagem na escrita – Disortografia e Disgrafia

Segundo Rebelo (2003), o ato de escrever, é constituído pela codificação, linguagem, por meio de sinais gráficos, envolvendo competências de motricidade fina em atividades como segurar um lápis e movimenta-lo.

A escrita é considerada uma tarefa neurobiológica complexa que relaciona a intenção, a formulação de ideias, as chamadas de palavras codificando os fonemas em grafemas, respeitando as regras gramaticais e ortográficas, adequação pragmática, a utilização da pontuação para segmentar unidades sintáticas e semânticas, a gestão do espaço gráfico na chamada de padrões motores – praxia manual (Fonseca, 1984). Os dois problemas que podem surgir ao nível da escrita são a disgrafia e a disortografia, sendo que a disgrafia envolve dificuldades na realização gráfica e de escrita de letras, e a disortografia representa problemas na composição escrita, ou seja, na planificação e formulação da escrita (Fonseca 1984).

As crianças com **disgrafia** apresentam falhas no traço da letra, os borrões, dificuldades em manter a escrita na linha, espaçamento desajustado entre letras e até mesmo palavras, ausência de margens, grafia trémula e com tamanho desadequado (Casas, 1988, citado por Cruz, 1999).

Relativamente a **disortografia**, as crianças com esta problemática apresentam dificuldades na organização frásica, na pontuação, e no âmbito da composição, pois demonstram ideias pobres (Citoler, 1996 citado por Cruz, 1999).



As perturbações na escrita necessitam que as competências da mesma se encontrem abaixo do que seria expectável para a idade cronológica do sujeito, do seu quociente intelectual e do seu nível de escolaridade, influenciando o seu sucesso escolar ou as atividades da vida diária que necessitam de composição de textos (APA, 1996).

- Dificuldades de Aprendizagem na matemática – Discalculia

A matemática é constituída por várias competências tais como a realização de operações e cálculos, memorização, ordenação e o conhecimento da linguagem matemática (Cruz 1999).

Casas em 1988 citado por Cruz em 1999, referiu que a discalculia apresenta diversas características tais como: dificuldades em identificar números; incapacidade para estabelecer uma correspondência recíproca e contar de modo compreensivo; problemas em compreender conjuntos, conceito de medida e do valor das moedas; dificuldades na identificação das horas; problemas na realização do cálculo, na interpretação da linguagem matemática e dos símbolos.

O DSM IV apresenta como critérios de diagnóstico, o baixo sucesso na realização de cálculos e raciocínio matemático em função da idade cronológica, do seu quociente intelectual e do ano de escolaridade, influenciando o rendimento escolar ou as atividades de vida diária onde são necessário as competências matemáticas (APA, 1996).

## **2.4 Intervenção Psicomotora nas Dificuldades de Aprendizagem**

As atividades psicomotoras, através do movimento consciente, podem ser benéficas para a comunicação com o meio exterior, através da ação, promovendo o desenvolvimento integral e das aprendizagens (Favero e Calsa, 2003).

Existem algumas características comuns em crianças com dificuldades de aprendizagem ao nível da sua psicomotricidade (Costa, 2008), tais como dificuldades na estruturação espacial, problemas ao nível da imagem corporal e da estruturação espaço-temporal. Fonseca (1984) salienta a possibilidade de existir problemas no controlo tónico, de equilíbrio, de noção do corpo, dificuldades na coordenação de movimentos tanto ao nível da motricidade fina e global. O mesmo autor refere também défices na organização motora, tais como tonicidade, postura, locomoção, equilíbrio.

Segundo Fonseca (2007), as dificuldades de aprendizagem específicas, estão dependentes da evolução das competências motoras, visto que só se desenvolvem na presença de certo nível de organização motora, de coordenação fina dos movimentos de integração espaço-temporal.

No caso dos problemas visíveis no âmbito da leitura, podem estar presentes défices na perceção auditiva ou problemas na compreensão da linguagem. Relativamente à escrita é importante a aquisição de competências ao nível de movimentos motores precisos. Nas dificuldades de matemática são importantes os aspetos como a retenção mnésica, o reconhecimento visual dos aspetos somatognósticos e espaciais (Fonseca, 2007).

Em 1984, Fonseca refere que o perfil psicomotor baixo pode influenciar as suas aprendizagens académicas, pois explica a existência da organização perceptivo – motora insuficiente evocando alterações importantes no processamento cortical da informação.

O desempenho psicomotor e a aprendizagem da leitura e da escrita encontram-se relacionadas, quando se aumenta o potencial psicomotor da criança, também se aumentam as condições básicas necessárias para as aprendizagens académicas (Furtado, 1998, citado por Fávero & Calsa, 2003).

### 3. Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

A Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é considerada como uma desordem neuro-comportamental que se caracteriza por um padrão persistente de falta de atenção e ou excesso de impulsividade e hiperatividade com intensidade mais frequente e grave que seria esperado para indivíduos com o mesmo nível de desenvolvimento, e que apresenta uma desadaptação da vida diária da criança tanto ao nível social, pessoal, familiar e académico (APA, 1996).

Barkey e Murphy (2006) descrevem a PHDA como sendo uma perturbação do comportamento infantil, com origem genética, onde se encontram comprometidos vários fatores neuro-psicológicos, formando uma população alvo bastante heterogénea, com comportamentos definidos por grandes níveis de desatenção, agitação motora e impulsividade.

As crianças com esta perturbação, apresentam comportamentos tais como: dificuldades em cumprir regras e instruções; executar tarefas do princípio ao fim e de brincar isoladamente e apenas numa única tarefa. É também uma característica a dificuldade de controlo de impulsos, demonstrando comportamentos intrusivos e bruscos com os seus pares, dificuldade em esperar pela sua vez, interrompendo os outros constantemente (Martins & Rosa, 2005).

#### 3.1 Etiologia

Segundo Servera – Barceló (2005), existem diversos modelos explicativos da PHDA, no entanto o **Modelo Híbrido de Russel** é considerado como o modelo mais completo, pois explica a PHDA na totalidade e não apenas como uma perturbação. Este Modelo prevê que existe um défice que envolve a inibição das respostas e que se traduz em dificuldades nas funções executivas. É constituído por três grandes componentes: inibição comportamental; funções executivas e controlo motor.

A inibição comportamental compreende processos tais como: a capacidade de inibir respostas imediatas a determinada ocasião, ou seja, é criada um período de latência necessário ao processamento cognitivo e à mobilização das funções executivas; capacidade de suspender respostas que já estão a decorrer, criando um período para tomar novas decisões, ou continuar a resposta; e a inibição de respostas a fonte de interferência, que no decorrer do período de latência permite que as funções executivas comecem a funcionar. Assim pode-se concluir que a autorregulação está dependente da capacidade de inibição da resposta, que consequentemente permite um melhor controlo das funções executivas (Villar, 2000; Barkey & Murphy, 2006).

As pessoas com PHDA apresentam comprometidas quatro funções executivas: (1) a memória de trabalho não-verbal, que é considerada como a capacidade de manter informação na mente para de seguida ser utilizada para controlar as respostas, admitindo a criação de um sentido temporal que permite a organização do comportamento no determinado período, formando as funções retrospectivas, prospetivas e de antecipação, e a promoção da capacidade de regulação do comportamento de modo não-verbal; (2) a memória de trabalho verbal é considerada como a função executiva que permite a reflexão e questionar a si próprio, desenvolvendo a possibilidade de resolver problemas e formular regras e estratégias; (3) a autorregulação do afeto é a função executiva que possibilita a autorregulação e a motivação interior na falta de incentivo exterior, tendo em vista o alcance de um objetivo; (4) a reconstituição é a função executiva que se encontra relacionada nos processos de análise, separando as partes de um conjunto em unidades e de síntese do comportamento, ou seja, combinar as unidades e desenvolver novas atitudes (Vilar, 2000; Servera- Barceló, 2005).

As funções executivas revelam comportamentos que durante o crescimento, criam efeitos nos comportamentos observáveis e na regulação motora. A regulação interna de comportamentos permite que os movimentos sejam digeridos para um determinado objetivo. Barkley para explicar a PHDA através do modelo menciona como sintomas, os problemas em inibir os comportamentos, o défice nas funções executivas e dificuldades no controlo motor. Os indivíduos com PHDA apresentam como principais características a desinibição comportamental, tendo dificuldades em evitar comentários desadequados, não conseguindo reformular respostas já iniciadas (Vilar, 2000; Servera- Barceló, 2005).

### **3.2 Critérios de Diagnóstico**

Segundo o DSM IV (APA,1996), os critérios de diagnóstico da PHDA, requer a presença persistente e perturbadora de, pelo menos seis sintomas de uma lista de nove, relativamente a défices de atenção e seis sintomas de uma lista também de nove relativos a problemas de hiperatividade e impulsividade. O diagnóstico exige também que os sintomas referidos sejam prejudiciais em mais de um contexto da vida diária, como a escola, casa e atividades lúdicas, e ainda, que se manifestem antes dos sete anos de idade.

Dada a heterogeneidade das crianças que apresentam esta perturbação, existem algumas crianças que apresentam mais sintomas de défice de atenção e outros sintomas relativos ao excesso de impulsividade e agitação motora. Tendo em conta diversas características o diagnóstico deve ser feito de acordo com os três subtipos existentes. A PHDA do Tipo Combinado deve ter presentes seis ou mais sintomas de falta de atenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade/ impulsividade, por um período de mais de seis meses. A PHDA do Tipo Predominantemente Desatento deverá apresentar seis ou mais sintomas de falta de atenção, mas menos do que seis sintomas de impulsividade e hiperatividade e como no anterior deve persistir um período mínimo de seis meses. A PHDA Predominantemente Hiperativo – Impulsivo deverá conter seis ou mais sintomas de hiperatividade – impulsividade, mas menos do que seis sintomas de falta de atenção, tendo persistido por um período mínimo de seis meses, como observado nos outros dois tipos (APA, 1996).

### **3.3 Características de PHDA**

A PHDA apresenta características e sintomas muito semelhantes com outro tipo de problemas e, por vezes, podem-se confundir. Por essa razão, o diagnóstico desta perturbação torna-se bastante complicado de realizar. O diagnóstico diferencial faz com que os intervenientes neste processo excluam as probabilidades de ser outros problemas que se assemelham com a PHDA e cheguem com fidelidade ao problema existente (Santos, 2012).

Segundo Lopes (1998) e Parker (2003), é indispensável para realizar diagnósticos diferenciais válidos, ter conhecimento dos problemas ou distúrbios de desenvolvimento que com maior probabilidade coexistem ou se assemelhem com esta síndrome. Os problemas com características mais semelhantes à hiperatividade são: o Distúrbio de Oposição (DO), o Distúrbio de Conduta (DC) e as Dificuldades de Aprendizagem (DA). Assim deverá ser tido em conta os critérios de diagnóstico segundo o DSM-IV (1996) para o DO, DC e DA's, o que permite, assim, comparar-se com os da PHDA e compreender mais facilmente quais são as suas semelhanças e diferenças.

A PHDA é uma perturbação concebida como um estado de mobilidade quase permanente, desde as primeiras idades, manifestando-se em todos os campos, não se tratando exclusivamente de uma hiperatividade motora, pode estar associada à hiperatividade verbal e acontece aparecerem perturbações do sono e tendência para a destruição e agressividade (Lopes, 2004). A falta de atenção é outro dos sintomas integrantes e fundamentais da perturbação, bem como a irritabilidade e impulsividade. São também visíveis comportamentos repetitivos e um sintoma comportamental que, alguns autores descrevem com o nome de “desobediência patológica”, entendida como incompreensão de ordens, repetição do erro e incompreensão perante o castigo (Lopes, 2004).

Segundo Bautista (1997) é possível enumerar três características fundamentais:

- **A nível comportamental**

Presença de comportamentos hiperativos, entendida como movimento corporal constante, é a perturbação mais evidente. Esta mobilidade quase permanente é manifestada pela criança desde muito cedo. Em consequência, pode apresentar hiperatividade verbal, agressividade. O Défice de Atenção e Controlo é outra das

características fundamentais da PHDA. Segundo Wender (1989, citado por Bautista, 1997), parece que a criança se vê forçada a reagir perante estímulos, mostrando-se atraída por pormenores irrelevantes e, por falta de capacidade para os organizar hierarquicamente. E por último a Impulsividade, uma criança hiperativa atua sem medir as consequências dos seus atos; não demonstrando a capacidade de inibir os seus impulsos.

- **A nível emocional**

A irritabilidade, dado que a criança tem pouco controlo sobre os seus comportamentos, torna-se imprevisível, gerando situações de tensão e consequentes birras, devido à sua escassa tolerância à frustração, a labilidade afetiva da criança apresenta, neste caso, uma deficiente autoestima e dificuldade para se relacionar com os seus pares (Bautista, 1997)

- **A nível escolar**

As dificuldades de aprendizagem, que podem ser a consequência lógica das características anteriormente mencionadas. Estas dificuldades manifestam-se fundamentalmente na área percetivo-cognitiva, aritmética, leitura/escrita e memória.

### **3.4 Intervenção Psicomotora na PHDA**

Segundo Martins e Rosa (2005), a Psicomotricidade na PHDA é uma hipótese de intervenção e um recurso à psicoterapia individual, conjugando com uma terapia medicamentosa e em alguns casos é também necessário um apoio centrado na dinâmica familiar. A intervenção psicomotora nesta perturbação deve ter em conta o corpo como uma forma de adaptação e o planeamento motor deve ser interpretado como um modo de representação, envolvendo a preparação da ação e a tomada de consciência das posturas tónicas que lhe estão associadas.

A intervenção psicomotora em criança com PHDA, tem como principais objetivos o aumento progressivo do tempo de concentração e de atenção na realização das atividades, desenvolver estratégias de autocontrolo de modo a reduzir os momentos de impulsividade, diminuir a agitação motora, moderando os comportamentos excessivos, promover as competências sociais, a relação com os pares e compreender as expressões da comunicação não-verbal (Corraze e Albert, 1996 citado por Martins 2008).

De acordo com Martins e Rosa (2005), nas crianças que manifestam esta perturbação do desenvolvimento, na maioria dos casos estão presentes défices associados aos níveis de tratamento da informação. A intervenção psicomotora poderá incidir sobre cada um desses processos, nomeadamente: (1) na codificação e decodificação da informação propriocetiva e exteroceptiva, em modos verbais, visuo-espaciais e tactiloquinestésicos; (2) na planificação espaço-temporal e na aplicação de objetos em termos de lógica da ação em curso e modificação da estratégia; (3) na evocação dos esquemas motores e na organização métrica da ação; (4) na inibição e controlo do

movimento; e (5) na inadaptação cognitiva relativa à forma de conhecimento dos resultados da sua ação.

A intervenção psicomotora em crianças com PHDA deverá proporcionar tarefas de acordo com um conjunto de linhas orientadoras: (1) conduzir a tarefa, permitindo a criança fazer o jogo espontâneo de acordo com os seus interesses e as suas habilidades, orientado progressivamente a respeitar determinadas orientações e adequar o seu corpo a limites espaço-temporais determinados; (3) melhorar a capacidade de autocontrolo e autoconhecimento da criança. O autocontrolo pode ser desenvolvido através de jogos de desinibição quando a criança se encontra mais calma e proporcionando experiências mais dinâmicas para exigir maior mobilidade. O autoconhecimento pode ser promovido através de tarefas de coordenação motora e de equilíbrio que permite também a consciencialização dos limites corporais e das possibilidades de ação no espaço; e por último (4) aumentar a capacidade de concentração e melhorar a memória através de atividades que invoquem a manutenção da vigilância e em situações que envolvem processos de planificação, sequencialização e a implicação operacional do indivíduo (Lièvre e Staes, 2006 citado por Martins 2008).

#### **4. Enquadramento Legal**

O Decreto-Lei nº3/2008 de 7 de Janeiro, define apoios especializados para crianças que frequentem a educação pré-escolar, no ensino básico e secundário dos setores públicos, particular e cooperativo, de modo a criar condições para a adaptação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações ao nível da atividade e participação num ou vários domínios de vida, causadas por alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, podendo resultar em dificuldades continuadas no domínio da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social.

A educação especial tem como objetivos a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional e para uma transição da escola para o emprego das crianças e dos jovens com necessidades educativas especiais nas condições acima descritas.

A adequação do processo de ensino e de aprendizagem integra medidas educativas que visam promover a aprendizagem e a participação dos alunos com necessidades educativas especiais de carácter permanente. As medidas educativas são:

- a) Apoio pedagógico personalizado;
- b) Adequações curriculares individuais;
- c) Adequações no processo de matrícula;
- d) Adequações no processo de avaliação;
- e) Currículo específico individual;
- f) Tecnologias de apoio.

## 5. Enquadramento Institucional

### 5.1 Instituição

O presente estágio foi realizado na Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (EMDIIP) que é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), enquadrando-se no âmbito da ação social, e promovendo o acompanhamento de crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE), por desvio de desenvolvimento ou em risco de manifestar algum tipo de dificuldade, assim como o acompanhamento das famílias das crianças. (EMDIIP, 2013).

A EMDIIP surgiu através de um estudante de Reabilitação Psicomotora, que se aliou a um grupo de colegas, tornando esse projeto uma realidade. A EMDIIP intervém no meio natural da criança, seguindo os ideais da Intervenção Precoce, na qual os técnicos se deslocam aos contextos da criança, colaborando assim para uma redução dos encargos dos familiares (EMDIIP, 2013).

A EMDIIP desempenha a sua missão, definindo a criança como o centro de um todo que tem de ser encarado com atenção. Desta forma, insere-se na família e na escola, para ajudar a conhecer as suas necessidades e capacidades para responder de um modo correto às dificuldades.

A Instituição defende a universalidade deste serviço. Como IPSS nenhuma família pode ficar privada do acesso à ajuda prestada pela instituição por carência económica. Desta forma, todo o apoio realizado pela EMDIIP é ajustado às mensalidades do escalão económico da família, procurando responder a esta dificuldade cada vez mais presente no dia-a-dia. Em resumo, a missão da EMDIIP é “*ir cada vez mais longe, melhor e com maior empenho na procura do bem-estar global de cada família que nos procura*” (EMDIIP, 2013).

Os três grandes objetivos de trabalho da EMIIP são: (EMDIIP, 2013)

- Apoiar as crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais (NEE);
- Apoiar as famílias das crianças que usufruem de um ou mais dos serviços da EMDIIP;
- Promover ações de formação no âmbito do desenvolvimento de competências parentais.

A EMDIIP tem como população alvo, crianças e jovens que apresentem comprometimento nas áreas de desenvolvimento ou que se apresentem em situação de risco envolvental, biológico ou estabelecido, bem como as suas famílias (EMDIIP, 2013).

A zona de intervenção é a área geográfica de Lisboa e Vale do Tejo. Neste momento, a sua atividade centra-se nos Distritos de Lisboa e Santarém (EMDIIP, 2013).

Relativamente aos serviços, a EMDIIP divide-se em duas modalidades: serviço de terapêutica individual e serviço de dinâmicas de grupo.

Tabela 1 - Terapias existentes na EMDIIP

<b>Terapêutica Individual</b>	<b>Dinâmicas de grupos</b>
Reabilitação Psicomotora / Educação Especial e Reabilitação	Psicomotricidade Infantil
Massagem terapêutica Infantil	Dificuldades de Aprendizagem
Fisioterapia Pediátrica	Gestão de comportamento e competências sociais
Atividade Motora Adaptada	Massagem Terapêutica Infantil
Hidroterapia	
Psicologia Clínica	
Terapia da Fala	
Apoio Psicopedagógico	
Apoio Especializado à família (Formação Parental)	
Apoio Psicossocial	
Apoio às crianças com deficiência auditiva (Língua Gestual)	

Existem três modalidades para que as crianças e as suas famílias possam usufruir dos serviços prestados pela EMDIIP:

- Modalidade privada de acordo com o rendimento dos prestadores de cuidados;
- Apoio da segurança social;
- Bolsa fornecida pela Fundação Luís Figo.

Desta forma, a EMDIIP procura responder a esta dificuldade através do ajustamento das mensalidades do escalão económico da família.

A instituição apresenta as seguintes condições de admissão:

- ✓ Crianças dos 0 aos 16 anos de idade que apresentam comprometimentos desenvolvimentais, ou em risco de atraso de desenvolvimento, ou que se encontrem em qualquer situação de risco envolvente, biológico ou estabelecido;
- ✓ Disponibilizar qualquer espaço (familiar ou escolar) que permita a prática de intervenção;
- ✓ O espaço geográfico apresentado na alínea anterior é restrito à área geográfica de Lisboa e Vale do Tejo.

Tendo as condições necessárias para a intervenção, a EMDIIP realizou protocolos com locais distintos nos quais é possível responder às necessidades das crianças, como por exemplo:

- Agrupamento de Escolas Febo Moniz (Almeirim);



- Agrupamento de Escolas Professor Agostinho da Silva (Sintra);
- Agrupamento de Escolas Luís António Verney (Lisboa);
- Agrupamento de Escolas São Julião da Barra (Oeiras);
- Agrupamento de Escolas Alto do Lumiar (Lisboa);
- Agrupamento Vertical das Escolas de Belém – Restelo (Lisboa);
- Agrupamento de Escolas Pintor Almada Negreiros (Lisboa);
- Agrupamento Vertical das Escolas das Olaias (Lisboa);
- Agrupamento Vertical Fernando Casimiro Pereira da Silva (Rio Maior);
- Centro Social Interparoquial de Santarém;
- Kriabebés;
- BIPP – Banco de Informação de Pais para Pais (Lisboa);
- Fundação Luís Figo;
- Fundação PT.

As instalações da EMDIIP encontram-se sediadas na Alameda Meneses, Nº10 B, Carnaxide, funcionando de segunda a sexta-feira, das 8 horas e as 20horas. Os contactos encontram-se de seguida:

- Correio eletrónico: [geral@emdiip.com](mailto:geral@emdiip.com)
- Telemóvel: 961 499 429
- Telefone Fixo: 218 254 823
- Site e Blogue: [www.emdiip.com](http://www.emdiip.com); <http://emdiip.blogspot.pt>

É nas instalações da Sede que se realiza o trabalho de gestão financeira e administrativa, reuniões de equipa e armazenamento de todo o material e documentação referente à Instituição, respetivos técnicos, crianças e famílias acompanhadas. É de referir que neste local não se realiza qualquer tipo de intervenção, pois a prática terapêutica realiza-se nos espaços atribuídos pelas escolas e pelas famílias das crianças.

Durante o decorrer do estágio, as sessões foram realizadas em três locais distintos: EB1JI de Casal de Cambra, EB2 de Casal de Cambra pertencentes ao Agrupamento de Escolas Agostinho da Silva, e EB1 JI Cesário Verde pertencente ao Agrupamento de Escolas Noronha Feio. As sessões eram realizadas em diversas salas das respetivas escolas, em que as mesmas disponibilizavam materiais didáticos para utilizar no decorrer das sessões.

Através de observação, conversa com os professores e com alguns pais foi possível ter algum conhecimento dos contextos familiares em termos gerais. Não foi possível a aplicação de nenhum questionário para confirmar esta realidade.

As escolas EB1 JI e EB2 de Casal de Cambra estão inseridas no Concelho de Sintra na freguesia de Casal de Cambra.

O Agrupamento de Escola Agostinho da Silva é constituído por um jardim-de-infância, duas escolas do 1º ciclo e uma escola do 2º e 3º ciclo de ensino. As escolas encontram-se localizadas perto do Bairro de Santa Marta, sendo considerada uma zona problemática, apresentando um nível socioeconómico baixo e com elevados níveis de criminalidade.

Em termos gerais, as famílias acompanhadas apresentavam níveis de escolaridade baixos e empregos considerados precários e grande maioria são famílias monoparentais.

A EB1 JI Cesário Verde, localiza-se na união das freguesias de Queijas e Carnaxide, no concelho de Oeiras. O Agrupamento de Escolas Noronha Feio é constituído por três jardins-de-infância, cinco escolas do 1º ciclo, uma escola de 2º e 3º ciclo e uma escola secundária.

A EB1 JI Cesário Verde foi construída em 2006, sendo considerada uma escola recente. A escola encontra-se inserida numa zona habitacional recente.

Apesar de só acompanhar uma família nesta escola, foi possível observar que eram famílias com nível socioeconómico médio-alto e com nível de escolaridade elevados.

## II - Realização da Prática Profissional

### 1. Organização da Prática Profissional

O estágio teve um início em Outubro de 2012, com uma reunião inicial na sede da EMDIIP, onde esteve presente as duas estagiárias de 2º Ciclo, os dois estagiários de 1º Ciclo, a Professora Doutora Teresa Brandão e a Diretora Técnica, a Dra. Jeniree Pereira. Esta reunião teve como objetivo a apresentação da Instituição e dos seus técnicos. Também foram apresentadas qual o número de horas de realização do estágio, quantos casos deveria cada estagiária acompanhar bem como as escolas onde seriam realizadas os mesmos.

De seguida foi realizada outra reunião onde só estiveram presentes as estagiárias do 2º Ciclo e a Dra. Jeniree Pereira, para a escolha dos estudos de casos. Foram apresentados vários casos que se encontravam na base de dados da instituição, dos quais cada estagiária escolheu 10 através dos seus interesses profissionais.

#### 1.1 Horário de Estágio

As sessões tinham a duração de 45 minutos, os intervalos apresentados no horário são referentes aos intervalos escolares das crianças. As reuniões de equipa realizavam-se duas vezes por mês, na sede da EMDIIP.

De seguida, é apresentada o horário das atividades de estágio.

Tabela 2 - Horário de Estágio

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
9:00	M.G	L.F	Sala de Multideficiência	M.G	
9:45		T.F			
11:00		F.P	B.G		
11:45		B.C			
13:30		B.G		B.O	
14:15		S.R		F.M	
15:15				K.R	

#### 1.2 Casos Acompanhados

No decorrer do estágio foram acompanhadas dez crianças, com idades compreendidas entre os cinco e os nove anos de idade, todas a frequentar o ensino público obrigatório. Estas crianças apresentavam diversas problemáticas no âmbito

das dificuldades de aprendizagem, problemas de comportamento, e com perturbação da hiperatividade e défice de atenção.

De seguida é apresentada uma tabela de resumo dos casos acompanhados durante o ano letivo, mencionando qual a sua idade sendo esta referente ao início da intervenção; o ano escolar e a escola que frequentavam; a problemática e as áreas que foram trabalhadas ao longo das sessões.

Tabela 3 - Crianças Acompanhadas

<b>Criança</b>	<b>Idade</b>	<b>Problemática</b>	<b>Áreas de Intervenção</b>	<b>Ano Escolar</b>	<b>Estabelecimento de Ensino</b>
B.	7 anos	Problemas de Motricidade Global e Fina	Motricidade fina e Coordenação Global	2º ano	EB1 nº 1 de Casal de Cambra
B.H	9 anos	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Dislexia, Disgrafia, Disortografia	Competências académicas no âmbito da leitura e escrita; Motricidade Fina; Atenção; Motricidade Global	4º ano	EB1 nº 1 de Casal de Cambra
B.T	8 anos	Dificuldades de Aprendizagem (no âmbito da matemática) e Défice de Atenção	Raciocínio Matemático; Atenção; Linguagem receptiva	3º ano	EB1 nº 1 de Casal de Cambra
F.	8 anos	Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção	Competências Académicas; Atenção	3º ano	EB1 nº 1 de Casal de Cambra
F.O	8 anos	Défice de Atenção e dificuldades na motricidade fina	Atenção, Motricidade fina	3º ano	EB1 nº 1 de Casal de Cambra
R.	8 anos	Défice de Atenção, dificuldades na motricidade fina e problemas de comportamento	Motricidade fina, Comportamento e Atenção	3º ano	EB1 nº 1 de Casal de Cambra
F.L	9 anos	Dificuldades de Aprendizagem (leitura e escrita), problemas de comportamento	Competências académicas no âmbito da leitura e escrita, Comportamento	3º ano	EB1 nº 1 de Casal de Cambra
M.	6 anos	Problemas de Comportamento, Agitação Motora	Comportamento, Competências Sociais	Pré-escolar	JI EB1 Cesário Verde
S	9 anos	Dificuldades de Aprendizagem (matemática) e Défice de Atenção	Raciocínio matemático; Atenção	3º ano	EB1 Nº2 de Casal de Cambra
T.	8 anos	Dificuldades de Aprendizagem, Défice de Atenção	Competências Académicas	2º ano	EB1 nº 1 de Casal de Cambra

## 2. Intervenção

### 2.1 Áreas de Intervenção

Ao longo das sessões, foram trabalhados vários domínios de desenvolvimento, tendo em conta as dificuldades específicas de cada criança, sendo principalmente no domínio da cognição, motricidade fina e socio-emocional. Estes domínios foram desenvolvidos através de interesses específicos de cada criança.

No domínio da **cognição**, foram trabalhadas áreas como a leitura, a escrita, o raciocínio matemático, a resolução de problemas, a atenção, a memória e, desenvolvimento de competências pré-académicas. No domínio da **motricidade fina**, foram trabalhadas as áreas da coordenação oculo-manual e pinça digital. No domínio da **motricidade global** foram trabalhadas a coordenação oculo-podal, oculo-manual e manipulação de objetos. No domínio **socio-emocional** foi trabalhado a gestão e regulação de comportamento, promoção de competências sociais e interação com os seus pares.

As estratégias utilizadas são idênticas em quase todos os casos, mudando os gostos pessoais. De seguida é apresentada uma tabela com as estratégias mais usadas.

Tabela 4 - Estratégias de Intervenção

Estratégias
Reforço positivo
Demonstrações
Presença da terapeuta no contexto de sala de aula (observar comportamentos na sala de aula e no recreio)
Instruções verbais
Questionamento (explicar a atividade e de seguida perguntar o que é que é para fazer)
Utilização de elementos de interesse para a criança

### 2.2 Contextos de Intervenção

As sessões foram realizadas de modo individual, e decorreram em várias salas dependendo da disponibilidade da escola, normalmente equipadas com uma mesa, cadeiras e um quadro de ardosia. Tendo em conta os objetivos estipulados e o planeamento de cada sessão seria possível usar o ginásio das escolas com todos os materiais disponíveis. Existiam diversos materiais nas escolas, assim como na sede da EMDIIP, que podiam ser usados de acordo com as necessidades de intervenção.

## 2.3 Processo de Intervenção

O plano de intervenção foi composto por algumas fases distintas como se encontra explícito no esquema.



Ilustração 1 - Processo de Intervenção em Psicomotricidade

A intervenção psicomotora iniciou-se com um contato prévio feito pela Dra. Jeniree Pereira com os encarregados de educação para autorizar o início da intervenção visto que na maioria dos casos as sinalizações são feitas pelos professores titulares. Os Contatos iniciais com os casos serviram para conhecer melhor as crianças, os professores e as respetivas famílias. É também recolhida todo o tipo de informações tais como gostos, interesses, expetativas, dúvidas, objetivos e dificuldades. Estas informações são necessárias para que o processo pedagógico – terapêutico decorra da melhor forma possível. Os outros 3 pontos são desenvolvidos de seguida.

Na tabela seguinte estão apresentados o número de sessões mensais realizadas e de que modo é que foram organizadas durante o ano letivo

Tabela 5 - Organização dos casos ao longo dos meses (nº de sessões mensais)

	Mês								
Crianças	Out	Nov	Dez	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
<b>B.</b>									
Observação sala de aula	1	3							
Avaliação Inicial		2	2						
Intervenção			2	4	3	2	5	2	
Avaliação Final								2	2
<b>B.H</b>									
Observação em sala de aula		1							
Avaliação Inicial		2	2						
Intervenção				7	6	4	9	5	
Avaliação Final									

	Mês								
Crianças	Out	Nov	Dez	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
<b>B. T</b>									
Observação sala de aula	1	2							
Avaliação Inicial		2	2						
Intervenção				5	4	2	2	2	
Avaliação Final								2	2
<b>F</b>									
Observação em sala de aula	1	2							
Avaliação Inicial		2	2						
Intervenção				4	3	2	5	2	
Avaliação Final								2	2
<b>F.O</b>									
Observação em sala de aula	1	3							
Avaliação Inicial		2	2						
Intervenção				4	3	2	5	4	
Avaliação Final								2	2
<b>K.</b>									
Observação em sala de aula		1	1						
Avaliação Inicial		2	2						
Intervenção				5	4	2	3	3	
Avaliação Final								2	2

	Mês								
Crianças	Out	Nov	Dez	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
<b>L.</b>									
Observação sala de aula	1	2							
Avaliação Inicial		2	2						
Intervenção				4	3	2	5	2	
Avaliação Final								2	2
<b>M.</b>									
Observação em sala de aula		3							
Avaliação Inicial		2	2						
Intervenção				7	7	4	7	9	4
Avaliação Final									4
<b>S.</b>									
Observação em sala de aula		3							
Avaliação Inicial		2	2						
Intervenção				4	3	2	5	2	
Avaliação Final								2	2
<b>T.</b>									
Observação em sala de aula	1	3							
Avaliação Inicial		2	2						
Intervenção				4	3	2	5	2	
Avaliação Final								2	2



## **2.4 Processo Pedagógico- Terapêutico**

Depois da escolha dos 10 casos de intervenção, como foi explicado no item 1. *Organização da Prática Profissional* foi realizado um contato com as escolas e os diretores das mesmas, com a ajuda dos vários técnicos da EMDIIP. Foi também feita uma apresentação aos professores titulares e os professores das atividades extra curriculares de cada caso.

No final do mês de outubro e início do mês de novembro, foi feito um trabalho de observação de cada caso em contexto de sala de aula e foram também realizadas reuniões com os docentes titulares e auxiliares de educação para conhecer as crianças o melhor possível. Durante os meses de novembro e dezembro, foi feita uma avaliação formal através da aplicação de instrumento padronizado, o *Cognitive Assesement System* (CAS) e uma avaliação informal, *checklist* de habilidades pré-acadêmicas efetuada através de itens de uma escala para avaliar as competências pré-acadêmicas que será desenvolvido no item 4, onde explicar-se-á em detalhe cada um dos instrumentos de avaliação.

Depois da realização da avaliação foi elaborado um relatório anexo ao Programa Educativo Individual (PEI) que especificava quais os seus resultados, os objetivos que deveriam ser alcançados durante o decorrer da intervenção e quais as estratégias utilizadas. Após a redação dos relatórios, foram marcadas reuniões com os pais de cada criança para apresentar quais os resultados da avaliação e em conjunto com os pais definir quais os objetivos para alcançar ao longo do ano letivo. Em março foi efetuada uma pequena avaliação intermédia para observar quais os objetivos que já tinham sido atingidos e quais os que precisavam de ser reajustados, bem como perceber se as estratégias de intervenção eram ou não adequadas. Em junho foi aplicado novamente o mesmo instrumento, para observar a evolução da criança e observar quais os objetivos que tinham sido ou não alcançados. Foi marcada nova reunião com pais e com os professores titular para apresentar os progressos das crianças durante o decorrer da intervenção. É importante referir que existiu sempre troca de informações com os pais e professores, ou seja sempre que existia algo relevante no comportamento da criança, os pais e os professores faziam questão de comunicar a situação à terapeuta e vice-versa.

## **3. Avaliação**

O principal objetivo da avaliação era observar quais as dificuldades da criança, quais as suas áreas fortes e menos fortes, conhecendo-a, desta forma, melhor. A avaliação foi realizada em quatro sessões, de forma individual, dividida em avaliação formal, com a aplicação de uma escala CAS, e através de observação direta, com a ajuda de uma *checklist*. Para que a avaliação fosse completa foram ainda tidos em conta quais os motivos de sinalização e a opinião dos professores em cada caso.

### **3.1 Instrumentos de Avaliação**

O *Cognitive Assesement System* (CAS) foi utilizado para avaliar as competências cognitivas, em cada caso. Para avaliar as competências pré-acadêmicas foi criada uma *checklist*, por parte das estagiárias, tendo por base diversas escalas de desenvolvimento psicomotor e académico. A pedido da diretora técnica da EMDIIP,

num dos casos acompanhados, foi aplicada a Escala de Conners, versão reduzida, pelas problemáticas que a criança apresentava. Todas estas escalas serão apresentadas de seguida.

### 3.1.1 Cognitive Assessment System (CAS)

O *Cognitive Assessment System* (CAS) foi desenvolvido e publicado em 1997, por J.P Das, da Universidade de Alberta, e Jack Naglieri, da Universidade Estatal de Ohio, tendo as suas bases teóricas tanto na neuropsicologia de Luria, bem como na psicologia cognitiva (Das & Naglieri, 1997).

O CAS foi desenvolvido para avaliar os processos cognitivos do PASS para criança e adolescente, com idades compreendidas entre os cinco e os dezassete anos, sendo aplicado de forma individual (Naglieri e Das, 1997).

Para enquadrar o CAS nos seus fundamentos teóricos, pode-se dizer que este é um constructo que surgiu de uma moderna teoria explicativa das diferentes competências cognitivas humanas, o modelo de processamento cognitivo PASS (Planificação, Atenção, Processamento Simultâneo, Processamento Sucessivo), de acordo com o qual o processamento de informação é perspectivado como algo dinâmico e não como uma capacidade ou habilidade estática (Das & Naglieri, 1997).

Naglieri e Das (1997) referem que existem duas maneiras de combinar as provas do CAS para avaliar os processos cognitivos, passando a ter uma Bateria Básica, que inclui oito provas, com duas para cada processo cognitivo do PASS, e a Bateria Standard, que inclui doze provas (três por cada processo cognitivo do PASS).

As Provas assinaladas com \* são as que consistem na Bateria Básica.

Tabela 6 - Provas e Componentes do CAS

Planificação	Emparelhamento de Números ( <i>Matching Numbers</i> )*
	Planificação de Códigos ( <i>Planned Codes</i> )*
	Planificação de Conexões ( <i>Planned Connections</i> )
Atenção	Atenção Expressiva ( <i>Expressive Attention</i> )*
	Deteção de Número ( <i>Number Detection</i> )*
	Atenção Recetiva ( <i>Receptive Attention</i> )
Processamento Simultâneo	Matrizes Não- Verbais ( <i>Nonverbal Matrices</i> )
	Relações Verbo-Espaciais ( <i>Verbal Spatial Relations</i> )*
	Memória de Figuras ( <i>Figure Memory</i> )
Processamento Sucessivo	Série de Palavras ( <i>Word Series</i> )*
	Repetição de Frases ( <i>Setence Repettion</i> )*
	Velocidade da Fala ( <i>Speech Rate</i> )/Questões Sobre Frases ( <i>Setence Questions</i> )

As componentes podem ser cotadas de forma diferente: através do tempo de duração da prova ou através do somatório de respostas corretas. Tendo em conta a idade, em meses, da criança, é consultado, em tabela, o valor do resultado bruto. De seguida, é consultada a pontuação da escala, que varia entre 0 e 20, sendo estes valores usados para os gráficos apresentados em cada caso. Neste processo de avaliação foi calculado o valor médio de cada processo cognitivo, onde o 10 foi o valor considerado médio, o valor máximo de 20 e o valor mínimo de 0.

### 3.1.2 Escalas de Conners – Forma Reduzida

As escalas de Conners – Versão Revista de Conners (1997) avaliam os problemas de comportamento através de respostas dadas pelos pais e educadores. É utilizada no processo de despiste de diagnóstico para a PHDA. As dimensões avaliadas na Forma Reduzida são: 1. **Comportamentos de Oposição** (comportamentos frequentes de quebrar regras, problemas com figuras de autoridade, zangar-se mais facilmente, mais suscetibilidade de ser provocado pelos outros); 2. **Problemas Cognitivos / Desatenção** (apresenta mais dificuldades académicas do que os pares da mesma idade cronológica, dificuldades em organizar o seu trabalho escolar, problemas de concentração em tarefas que requerem esforço mental prolongado); 3. **Comportamentos de Excesso de Atividade Motora ou Hiperatividade** (dificuldades em ficar sossegado do ponto de vista motor, problemas em manter a mesma tarefa durante algum tempo, comportamentos de irrequietude motora e impulsividade, necessidade de se mexer mais do as outras crianças da mesma idade cronológica); (Rodrigues, 2007).

Segundo a mesma autora, a Forma Reduzida para os pais é constituída por 27 itens e para os professores é composta por 28 itens. Cada item é cotado numa escala de Likert de 0 a 3, em função da frequência com que cada comportamento ocorre no contexto de vida da criança, referenciado para o último mês. São considerados relevantes todos os resultados normativos iguais ou superiores a 65 (um desvio-padrão e meio).

### 3.1.3 Checklist das Habilidades Pré- Académicas

Para a elaboração desta *checklist* foram consultados três instrumentos: a escala “*Fine and Visual Motor Assesement*” de Bates e Sokul (2012), que é um instrumento que tem por base as aquisições motoras que devem ser desenvolvidas no pré- escolar; o “*Assesement Battery Child*” (ABC), que é um instrumento que foi desenvolvido por Henderson e Sugden, começando a ser elaborado em 1966 e concluído em 1972 e tendo por bases alguns estudos sobre o movimento infantil; e a escala “*School – Age Checkilst occupational and Physical Therapy Services: 5 – 12 years*”, de Rowan (s/d).

Através desta escala foi possível observar algumas habilidades do desenvolvimento, como a motricidade fina, tendo tarefas que avaliam a coordenação oculo-manual; a preensão e manipulação do lápis, como a qualidade da pinça e a força usada na escrita; a realização de grafismos; e as habilidades de corte, pintura e colagem. No domínio da motricidade global foram observados a coordenação oculo- podal; a coordenação oculo-manual; o equilíbrio dinâmico; o equilíbrio estático; e a cognição com tarefas académicas, como por exemplo, escrever o primeiro e último nome e indicar formas geométricas e reconhecer letras. Esta avaliação foi realizada de forma qualitativa, com o objetivo de analisar as estratégias utilizadas pela criança e a forma

como o item foi executado pela mesma. Também foi possível observar o domínio socio – emocional e a autonomia. A construção da escala também teve como objetivo observar todos os comportamentos das crianças durante a execução das tarefas, tais como: agitação motora, postura, motivação, lateralidade, atenção, tolerância à frustração, impulsividade e presença de comportamento desadequados, assim como a autonomia na realização da tarefa, se é ou não necessário o constante *feedback*.

A escala é cotada de 1-4, sendo que o 1 é “não realiza”, 2 “realiza com muitas dificuldades”, 3 “realiza com algumas dificuldades” e 4 “realiza corretamente”.

A escala “***Fine and Visual Motor Assessment***” é uma escala de observação em contexto de sala de aula, para avaliar componentes como: Habilidades do uso do lápis; Habilidades de corte; Habilidades de pintura (Bates & Sokul 2012).

O **ABC** é um instrumento de avaliação clínico-educacional que tem como objetivo compreender as dificuldades motoras das crianças (Henderson e Sugden, 1992). O ABC encontra-se dividido em duas partes avaliativas: um teste de desempenho e uma *checklist* (Henderson e Sugden, 1992). Segundo estes autores, o teste é aplicado à criança e implica a realização de um conjunto de tarefas standardizadas, tendo em conta um determinado padrão motor e uma determinada faixa etária. Para que haja uma melhor recolha de informação de detalhes mais profundos e uma avaliação mais completa é aplicada uma *checklist* para a recolha de informação acerca dos desempenhos motores diários da criança e das suas atividades motoras em contexto escolar e em casa. Estes dados devem ser obtidos juntos de um adulto que seja próximo da criança.

O teste de performance é constituído por 32 itens, dividido em quatro bandas com oito itens cada. Estas bandas estão organizadas de acordo com intervalos de idades:

- Banda 1 – crianças dos 4 aos 6 anos;
- Banda 2 – crianças dos 7 aos 8 anos;
- Banda 3 – crianças dos 9 aos 10 anos;
- Banda 4 – crianças dos 11 aos 12 anos.

A escala ***School – Age checklist occupational and Physical Therapy Services*** é usada por terapeutas ocupacionais e psicólogos, para avaliar crianças em idade escolar. Esta escala encontra-se dividida por domínios de desenvolvimento, tais como: habilidades motoras, habilidades motoras fina (toque, movimento e equilíbrio, percepção visual, audição e linguagem e emoção).

A cotação é feita através de três níveis: *frequentemente*, *às vezes*, *nunca*. Rowan (s/d).

#### 4. Apresentação dos Estudos de Casos

De seguida serão caracterizados os três casos escolhidos, pela estagiária, para desenvolver e apresentar no presente relatório. O estudo de caso I foi escolhido pelo facto de apresentar o maior número de sessões, podendo apresentar uma maior evolução para discutir neste documento. Os outros dois casos foram escolhidos pelas

suas dificuldades específicas. Será feita referência à avaliação inicial, ao planeamento da intervenção, e à avaliação final de cada estudo de caso.

#### 4.1 Estudo de Caso I

O M. é uma criança do género masculino com seis anos de idade. Pelo facto de ter nascido em novembro, encontrava-se a frequentar a pré-escola. Segundo a mãe sempre apresentou um desenvolvimento considerado normal. Vive apenas com a mãe, mas tem contato frequente com uma irmã de 15 anos e com a avó materna. Recentemente começou a ter contato com o pai, algo que foi feito de forma progressiva.

A mãe recorreu a EMDIIP pelos problemas de comportamento do M. tanto em casa como na escola. O M. fazia muitas birras, apresentava uma grande agitação motora e comportamentos de desafio à autoridade.

##### 4.1.1 Avaliação Inicial

Depois da conversa com a mãe e com a educadora de infância para conhecer melhor o M. foi realizada, durante quatro sessões, uma avaliação formal através da aplicação do **CAS**, aplicação da **Escala de Conners** e através de observação com a ajuda da **checklist pré-académica**. Durante o processo de avaliação, não foram observadas alterações de humor ou de comportamento significativas. Não recusou efetuar as tarefas, interagido com facilidade e apresentando apenas alguma agitação motora e momentos de distração, sendo necessário estar constantemente a motivá-lo para a tarefa que estava a ser realizada.

No domínio da **motricidade global**, o M. executa as tarefas de forma correta, demonstrando boas habilidades de coordenação motora, tanto óculo-podal como óculo-manual. No domínio da **motricidade fina** todas as tarefas foram realizadas com sucesso, apenas a tarefa de corte não foram concretizadas tão positivamente, pois existiam dificuldades no manuseamento da tesoura. No domínio da **cognição** os resultados foram os esperados para a sua idade cronológica. Relativamente aos domínios de **socio-emocional e autonomia**, apresentou comportamentos que não são esperados para a sua idade, demonstrando agitação motora e pouca autonomia para realizar das tarefas e sendo necessário o constante *feedback* da terapeuta. Em anexo segue-se a *checklist* pré-académica do M., preenchida.

Através da aplicação da Escala de Conners preenchida pela mãe e a educadora de infância, foi possível constatar alguns comportamentos mais frequentes do M.

De seguida é apresentado um gráfico com o resultado total de cada subescala do instrumento referido anteriormente, tanto do questionário respondido pela mãe, como pela educadora. O questionário da mãe e pela educadora encontra-se preenchido em anexo.

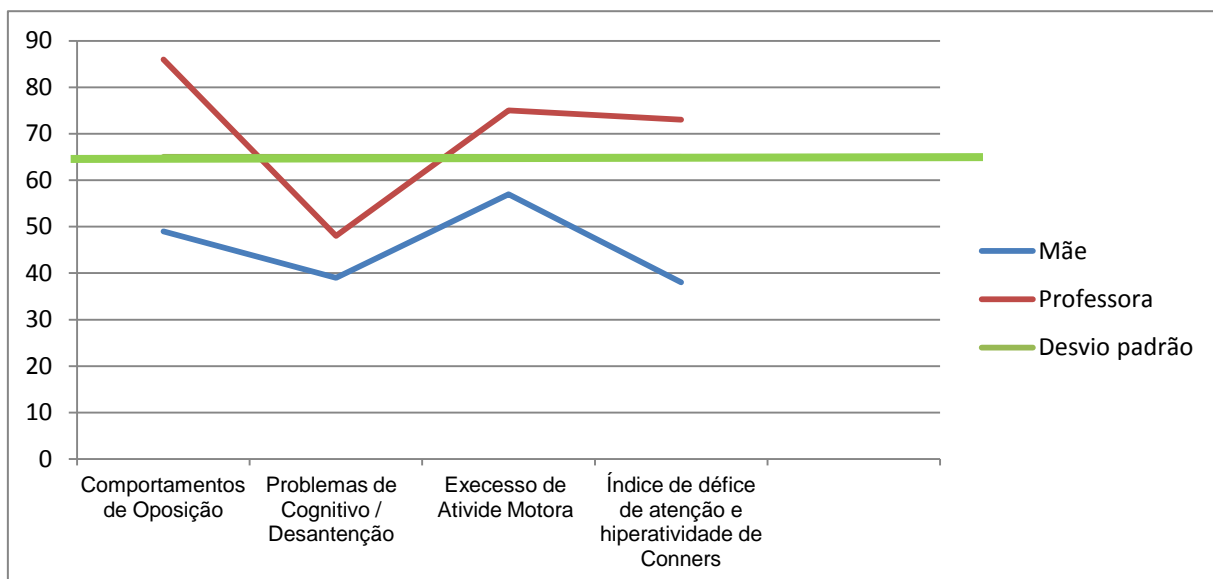


Gráfico 1- Resultado da Aplicação da Escala de Conners

Tendo em conta os resultados demonstrados no gráfico 1 é visível a diferença entre as respostas dadas pela mãe e pela educadora. Como foi referido anteriormente o valor 65 é o valor de um desvio – padrão e meio, logo todos os valores superiores são considerados relevantes para o processo de intervenção. A diferença entre os dois questionários, pode ser explicada pelos contextos, ou seja, na escola o M. tem muito mais atividades académicas e a presença de outras crianças da mesma idade onde os comportamentos referidos na escala podem ser mais frequentes devido a relação com os pares. Apesar da diferença de valores, as áreas onde os comportamentos do M. são mais frequentes, são comuns em ambos os questionários. O M. apresentou valores mais elevados nos *Comportamentos de Oposição* e no *Índice de Desatenção e Hiperatividade de Conners*. Pode-se concluir que os problemas do M. são dificuldades no controlo motor, excesso de atividade motora e comportamentos de oposição, apresentando dificuldades em cumprir regras e condutas sociais, mas não demonstrando déficit de atenção.

Para completar a avaliação foi aplicado o CAS (Cognitive Assessment System) durante duas sessões. Este instrumento foi utilizado a critério, visto que o instrumento não se encontra padronizado para a população portuguesa. Foi, assim, usado para avaliar a evolução da criança, pois o instrumento foi novamente aplicado no final da intervenção.

De seguida segue-se um gráfico que mostra a média dos resultados obtidos em cada processo cognitivo.



Gráfico 2 - Média dos valores totais no CAS na avaliação inicial do M.

Relativamente à avaliação feita através da aplicação do CAS foi possível observar que a área mais forte do M. é o processamento sucessivo, demonstrando uma facilidade em organizar os estímulos ou informação de forma sequencial. O processo cognitivo de planificação, da atenção e do processamento simultâneo são as áreas menos forte do M., podendo existir um comprometimento na capacidade de resolver problemas; no controlo da impulsividade, levando a responder incorretamente as atividades propostas; na capacidade de focar a atenção para determinado estímulo, inibindo os restantes; e na integração de distintos estímulos numa organização única e global, ou seja, implica a síntese de elementos separados num grupo interrelacionado.

#### 4.1.2 Planeamento da Intervenção Pedagógico-Terapêutico

Considerando a avaliação inicial do M.G, analisando as áreas observadas como fortes e menos fortes, definiu-se o seguinte plano de intervenção, juntamente com as dificuldades referidas pela educadora e pela mãe.

Tabela 7 - Plano Pedagógico – terapêutico M.

Domínio do Desenvolvimento	Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Comportamental
<b>Socio-Emocional</b>	Desenvolver comportamentos adequados	Reduzir a impulsividade e agitação motora	A criança deve ser capaz de realizar um desenho sem se distrair, nem brincar com os objetos
			A criança deve ser capaz de construir um puzzle com 30 peças sem se levantar da cadeira
	Desenvolver competências sociais	Melhorar a interação entre pares	A criança deve ser capaz de cumprir as regras estabelecidas nos vários contextos (levantar a mão para falar, esperar pela sua vez)
			A criança deve ser capaz de identificar através de imagens quais são as ações corretas e incorretas
		Melhorar a capacidade de identificar emoções	A criança deve ser capaz de identificar vários tipos de emoções através de imagens de revistas (ex. zanga, felicidade, etc.)
<b>Motricidade fina</b>	Desenvolver a coordenação oculo-manual	Melhorar habilidades de corte	A criança deve ser capaz de realizar o corte de forma precisa, cortando por cima da linha que delimita o desenho, não cortando partes do desenho

#### 4.1.3 Intervenção

Foi proposto que o M. frequenta-se as sessões de psicomotricidade, duas vezes por semana com duração de 45 minutos cada. A intervenção com o M. teve características apresentadas anteriormente, nomeadamente as áreas de intervenção descritas no ponto 3 *Intervenção*.

A intervenção com o M. teve início em novembro de 2012. Inicialmente foi feita observação em contexto sala de aula e no recreio e só depois se iniciaram as sessões individualmente. A intervenção foi composta por 49 sessões incluindo as de observação, intervenção e avaliação inicial e final.

De um modo geral o M. demonstrou alguma cooperação e respeito pelo cumprimento de regras que foram estipuladas no início da intervenção, assim como também realizou todas as tarefas propostas, sendo necessário o constante “*feedback*”



A sessão era estruturada em 3 ou 4 momentos: 1- “Conversa inicial/ Quebra-gelo”; 2- “Realização de tarefas planeadas”; 3 Retorno à calma/ momento de brincadeira livre”; 4- “Conversa final sobre as atividades realizadas durante as sessões”.





Foi estabelecido um acordo terapêutico com o M., em que ficou definido que se as atividades propostas pela terapeuta fossem executadas, sem recusas constantes, a criança teria 5 minutos da sessão para brincar com o que quisesse. Esta estratégia resultou bem, sendo lembrada todas as sessões.

Os interesses e gostos da criança tiveram presentes grande parte das vezes nas tarefas, para aumentar a motivação nas mesmas.

As sessões eram realizadas no ginásio da escola, equipado com vários materiais de ginásio, uma mesa e cadeira, onde eram executadas as tarefas de mesa.

As atividades desenvolvidas com o M. recaíram principalmente sobre os domínios de desenvolvimento que foram apresentados no plano de intervenção pedagógico – terapêutico, sendo que os objetivos foram trabalhados todos com a mesma frequência. De seguida segue-se um exemplo de planeamento de sessão.

Tabela 8 - Exemplo de Plano de Sessão do M.

Atividades	Objetivo Específico	Objetivos terminais	CrITÉrios de Êxito	Material	Observação
<b>Conversa inicial sobre a semana</b>	Melhorar a interação com a terapeuta 	A criança deve ser capaz de contar a terapeuta os episódios que aconteceram durante semana	Respondendo as perguntas diretas da terapeuta		A criança atingiu o objetivo com sucesso
<b>Puzzle</b>	Aumentar o tempo de concentração da tarefa 	A criança deve se capaz de montar um puzzle de 20 peças	Concluir o puzzle sem se distrair com outros elementos da sala	Puzzle com 20 peças	A criança atingiu o objetivo com sucesso
<b>Recorta e cola</b>	Melhorar a coordenação oculo-manual 	A criança deve ser capaz de recortar um desenho	Corretamente por cima das linhas, sem cortar partes do desenho	Tesoura, cola, desenhos	A criança não atingiu o objetivo com sucesso.
<b>Retorno a calma</b>	Diminuir a agitação motora 	A criança deve ser capaz de estar deitada com o olhos fechados, seguida a história da terapeiuta	Sem se levantar, ou abrir os olhos		A criança não conseguiu realizar a tarefa com olhos fechados, passando a adaptar a atividade

Legenda:



Cognição



Linguagem recetiva



Motricidade fina



Linguagem expressiva



Motricidade Global



Socio-emocional



Autonomia

#### 4.1.4 Avaliação Final

Após seis meses de intervenção, realizou-se uma nova avaliação, para observar a evolução do M., tendo sido aplicado novamente o CAS.

De seguida é apresentado um gráfico com os valores médios de subescala nos dois momentos da avaliação.

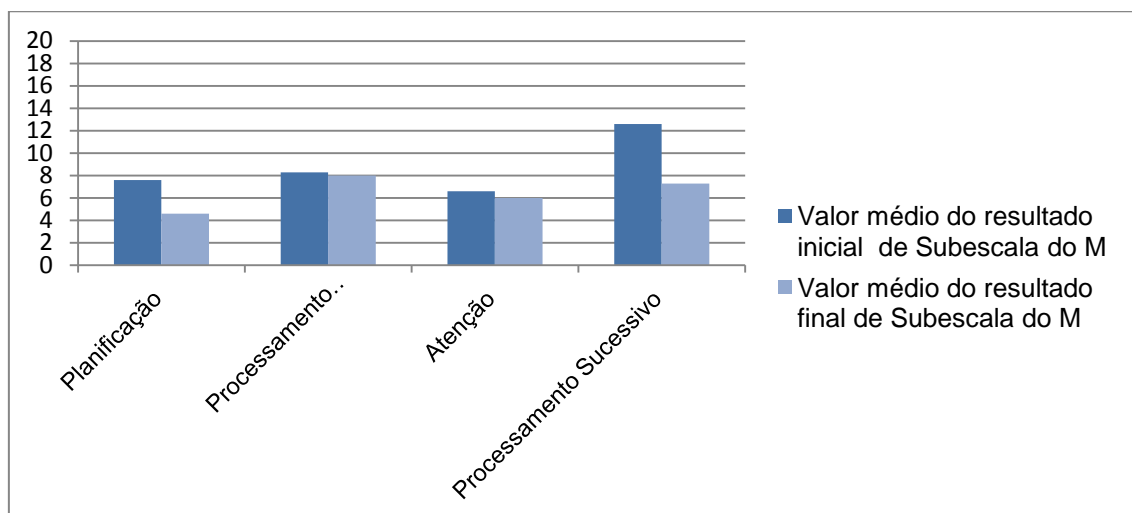


Gráfico 3 - Comparação média dos valores totais do CAS na avaliação inicial e final do M

Em termos gerais, os valores obtidos são mais baixos do que seria esperado para a sua faixa etária.

As áreas consideradas mais fortes do M. são o processamento simultâneo e o processamento sucessivo, podendo significar uma facilidade na capacidade de integração de distintos estímulos numa organização única e global, ou seja, implica a síntese de elementos separados num grupo interrelacionado e na organização de estímulos ou informação numa ordem sequencial específica. As áreas consideradas menos fortes são a planificação e a atenção, podendo ser um comprometimento na capacidade de resolver problemas, controlar a impulsividade e na capacidade de orientação da mesma para um determinado estímulo, não inibindo os que se encontram ao seu redor e prejudicando o desempenho nas tarefas.

É importante referir que durante toda a aplicação o M. não mostrou interesse nem vontade de realizar as provas, podendo explicar a diferença dos dois momentos de avaliação no processamento sucessivo. Distraiu-se com facilidade levando a uma má prestação, sendo por isso necessário voltar a aplicar o CAS.

#### 4.1.5 Resultados da Intervenção Pedagógico – Terapêutico do M.

Após os referidos meses de intervenção psicomotora, foram visíveis alterações no comportamento do M.

No contexto familiar, a mãe referiu que o M está mais tranquilo, não fazendo as birras constantes que foram referidas na primeira conversa com a mãe.

No contexto escolar, o M. demonstrou-se mais interessado nas tarefas de mesa na sala de aula. Foram trocadas algumas estratégias com a professora, tais como realizar tarefas curtas, estruturadas e sentar o M. o mais perto da professora. Foi ainda sugerido que se realizassem também mais atividades desafiantes e motivantes, pois o M. gostava de tarefas novas e cativantes.

Nas sessões, o M. demonstrou-se mais participativo nas tarefas, principalmente se as tarefas realizadas incluíssem elementos do seu interesse. Esta estratégia foi fundamental para o sucesso das sessões. É importante referir que o M. apresentava grande agitação motora, mas estando sempre atento às instruções que eram dadas ao longo das sessões.

Durante as sessões o M. nunca fez nenhum tipo de birra, portanto essa evolução não foi possível observar ao longo da intervenção. A mãe foi referindo durante o processo de intervenção que as birras do M. foram diminuindo, assim como os comportamentos de desafio a autoridade.

Ao nível da motricidade fina, o M. ainda revelou dificuldades na pega da tesoura, não conseguindo executar a tarefa corretamente. Relativamente a outras atividades de motricidade fina o M. não demonstrou qualquer dificuldade e mostrou grande interesse em aprender a escrever o seu nome.

Apesar das evoluções, o M. continua a demonstrar dificuldades no controlo motor, e grande agitação motora, seria importante a continuidade da intervenção psicomotora. De seguida será apresentada uma tabela dos objetivos que foram adquiridos, emergente, e não adquiridos.

Tabela 9 - Objetivos adquiridos, não-adquiridos e emergentes

<b>Objetivo Terminal</b>	<b>Não adquirido</b>	<b>Emergente</b>	<b>Adquirido</b>
A criança deve ser capaz de realizar um desenho sem se distrair, nem brincar os objetos	X		
A criança deve ser capaz de construir um puzzle de 30 peças sem se levantar da cadeira		X	
A criança deve ser capaz de realizar o corte de forma precisa, cortando por cima das linhas que delimita o desenho, não cortando partes do desenho		X	
A criança deve ser capaz de cumprir as regras estabelecidas nos vários contextos			X
A criança deve ser capaz de identificar através de imagens quais são as ações corretas e incorretas (ex. que tipos de ações?)			X
A criança deve ser capaz de identificar vários tipos de emoções através de imagens de revistas (ex. que tipos de emoções?)			X

No final da intervenção e da avaliação final foi marcada uma nova reunião com a mãe, para apresentar as principais informações sobre o processo terapêutico-pedagógico, as dificuldades e progressos observados. Foram também apresentadas algumas estratégias para a mãe utilizar em casa: tais como elaborar um calendário com as atividades diárias da criança, para conseguir através de uma ajuda visual saber quais são as atividades que tem que realizar todos os dias, e tabela com os comportamento diários, ou seja, tendo em conta o comportamento da criança assim é atribuído uma cor da bola, para a criança puder através de estímulo visual avaliar os seus comportamentos.

A comunicação com a família do M foi fundamental para o processo interventivo. Existia uma troca constante de informação com a mãe do M, que dava indicações sobre comportamento do M em diversos contextos, sendo importante no decorrer das sessões.

## 4.2 Estudo de Casos II

O F. é uma criança do género masculino, com 9 anos de idade, a frequentar o 3º ano de escolaridade. Foi diagnosticado com uma Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção, pela médica de desenvolvimento infantil do Hospital Santa Maria, estando a ser medicado. O F. foi sinalizado para a EMDIIP pela professora titular, devido às características que a perturbação apresenta, e também por apresentar algumas dificuldades de aprendizagem. Pelo facto de não existir um relatório médico comprovando a PHDA, o F. não se encontrava abrangido pelo decreto de lei 3/2008, não recebendo outro tipo de apoio pedagógico.

O F. vive com os pais e com dois irmãos, uma irmã mais velha e um irmão mais novo, parecendo uma família estruturada.

### 4.2.1 Avaliação Inicial

Após a conversa de apresentação com os professores (titulares e das atividades extracurriculares) do F., foi realizada, durante quatro sessões, uma avaliação formal através da aplicação do CAS e através de observação, com a ajuda da *checklist* pré-acadêmica.

O F., no domínio **da motricidade fina**, apresenta resultados abaixo do que seria esperado, nomeadamente nas atividades do desenho de letras e na pintura de desenho. No domínio **da motricidade global** e da **cognição** relativamente às habilidades de escrita, apresenta resultados esperados para a sua idade, executando as atividades sem dificuldades. A nível **socio-emocional**, o F. demonstrou ser uma criança comunicativa e participativa nas tarefas, mas também revelou grande agitação motora. Ao nível da **autonomia** efetuou sempre as tarefas sozinho, mas pedia *feedback* de todos os exercícios que realizava. Em anexo segue-se a *checklist* pré-acadêmica preenchida.

Para completar a avaliação foi aplicado o CAS durante duas sessões. Este instrumento foi utilizado a critério, para analisar a evolução da criança nos dois momentos da avaliação. De seguida segue-se um gráfico que mostra a média dos resultados obtidos em cada processo cognitivo.

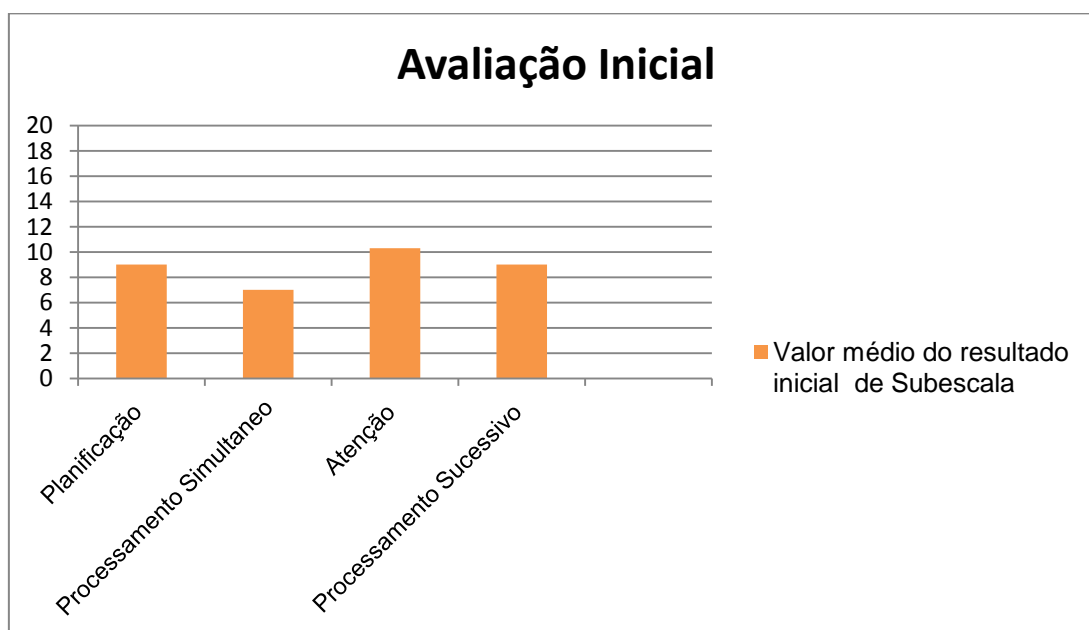


Gráfico 4 - Média dos valores totais no CAS na avaliação inicial do F

Tendo em conta os resultados apresentados no gráfico pode-se concluir que o processo cognitivo da atenção foi onde apresentou melhor desempenho, sendo a sua área forte, ou seja, apresenta uma maior capacidade de se focar num estímulo, inibindo os restantes que o rodeiam, indo contra às características da PHDA e podendo ser explicado pelo interesse nas atividades aumentando a sua focalização e pelo facto de a tarefa ser nova, exigindo uma maior concentração por parte da criança. Nos processamentos sucessivos, simultâneos e na planificação, apresenta resultados mais baixos, podendo significar um comprometimento na capacidade de resolução de problemas e no controlo da impulsividade, levando a execução incorretamente das

atividades; na capacidade de integração de distintos estímulos numa organização única e global, ou seja, implica a síntese de elementos separados num grupo interrelacionado; e na capacidade de organização de estímulos ou informações numa ordem sequencial específica.

#### 4.2.2 Planeamento da Intervenção Pedagógico – Terapêutico

Com base nos resultados da avaliação e da conversa com a mãe e da professora foram definidos objetivos de intervenção. Estes objetivos tiveram em atenção as dificuldades específicas apresentadas, considerando a sua precursão nas aprendizagens escolares. De seguida segue-se os objetivos de intervenção.

Domínio do Desenvolvimento	Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Comportamental
<b>Cognição</b>	Desenvolver a atenção seletiva	Aumentar a capacidade de atenção seletiva	A criança deve ser capaz de realizar uma sopa de letras encontrando 12 palavras, na vertical, diagonal e horizontal durante 10 minutos numa tabela de 13x13 letras.
			A criança deve realizar o jogo da memória dos 28 pares de cartas, no tempo máximo de 10 minutos
			A criança deve ser capaz de encontrar 7 diferenças, em dois desenhos semelhantes, no tempo máximo de 15 minutos
	Desenvolver competências ao nível da matemática	Melhorar as competências de resolução de problemas	A criança deve ser capaz de interpretar um problema (multiplicar) adequado a sua idade. Referindo quais são os dados e as operações usadas para resolver o problema.
			A criança deve ser capaz de resolver uma operação subtração com 2 números com 3 dígitos cada.
			A criança deve ser capaz de realizar uma operação de multiplicar com dois números, um com 3 dígitos, outro com 1 dígito.
<b>Motricidade fina</b>	Desenvolver competências de coordenação oculo-manual	Melhorar competências de pintura e de corte	A criança deve ser capaz de pintar um desenho A4 não ultrapassando os limites, sem deixar espaços em branco, e pintando sempre no mesmo sentido
			A criança deve ser capaz de recortar por cima do limite do desenho A4.

Tabela 10- Plano Pedagógico – Terapêutico do F.

### 4.2.3 Intervenção

Foi proposto que o F. frequenta-se as sessões de psicomotricidade uma vez por semana durante 45 minutos. Esta intervenção teve as características apresentadas no ponto 3: *Intervenção*.

A intervenção com o F. teve início em outubro de 2012. Inicialmente foi feita observação em contexto sala de aula e nas atividades extra curriculares e só depois se iniciaram as sessões individuais. A intervenção foi composta por 28 sessões incluindo as de observação, intervenção e avaliação inicial e final.






Durante o decorrer das sessões o F. demonstrou ser uma criança comunicativa e participativa nas tarefas propostas pela terapeuta. Apresentava dificuldades em entender as instruções dadas pelo facto de, na maior parte das vezes, não ouvir a instrução dada, sendo necessário pedir a criança para explicar o que tinha de fazer.

A sessão era estruturada em 3 ou 4 momentos: 1- “Conversa inicial/ Quebra-gelo”; 2- “Realização de tarefas planeadas”; 3-“Retorno à calma/ momento de brincadeira livre”; 4- “Conversa final sobre as atividades realizadas durante as sessões”.







As sessões eram realizadas no ginásio da escola, equipado com vários materiais desportivos ou numa sala de aula equipada com uma mesa, cadeiras, materiais didáticos e computadores.

As atividades desenvolvidas pelo F. recaíram sobre os domínios de desenvolvimento apresentados no plano pedagógico – terapêutico, sendo que os objetivos foram trabalhados todos com a mesma frequência.

De seguida segue-se um exemplo de planeamento da sessão.

Atividade	Objetivos Específicos	Objetivos Terminais	CrITÉrios de Êxito	Material	Observação
<b>Conversa inicial sobre a semana</b>	Promover a relação empática entre o terapeuta e a criança; Melhor a capacidade de contar acontecimentos passados 	A criança deve ser capaz de contar episódios que acontecem durante a semana	Respondendo diretamente a perguntas da terapeuta		A criança atingiu o objetivo com sucesso
<b>Sopa de letras</b>	Melhorar o vocabulário; Aumentar a atenção 	A criança deve ser capaz de escrever todos os meses (12) do ano	Em diferentes sentidos (horizontal vertical e diagonal), sem ajuda do terapeuta, no tempo máximo de 10 minutos	Sopa de letras	A criança atingiu o objetivo com sucesso.
<b>Jogo da Memória</b>	Aumentar a atenção  Melhorar a memória de trabalho	A criança deve realizar o jogo da memória dos 28 pares de cartas,	No tempo máximo de 10 minuto, sem ajuda do terapeuta	Baralho de cartas	A criança atingiu o objetivo com sucesso
<b>Pinta o desenho</b>	Melhorar a coordenação oculo-manual 	A criança deve ser capaz de pintar um desenho A4	Sem não ultrapassando os limites, nem deixar espaços em branco, e pintando sempre no mesmo sentido	Desenho para pintar	A criança atingiu o objetivo com sucesso
<b>Conversa final</b>	Promover a capacidade de responder a perguntar 	A criança deve ser capaz de responder com interesse a todas as perguntas colocadas pelo terapeuta	Conseguindo manter uma conversa adequada		A criança atingiu o objetivo com sucesso

Legenda:

-  Cognição
-  Motricidade fina
-  Motricidade Global
-  Autonomia
-  Linguagem recetiva
-  Linguagem expressiva
-  Socio-emocional

#### 4.2.4 Avaliação Final

Após seis meses de intervenção realizou-se uma nova avaliação, para observar a evolução do F. foi aplicando novamente o CAS.

De seguida é apresentado um gráfico com os valores médios de subescala nos dois momentos da avaliação.



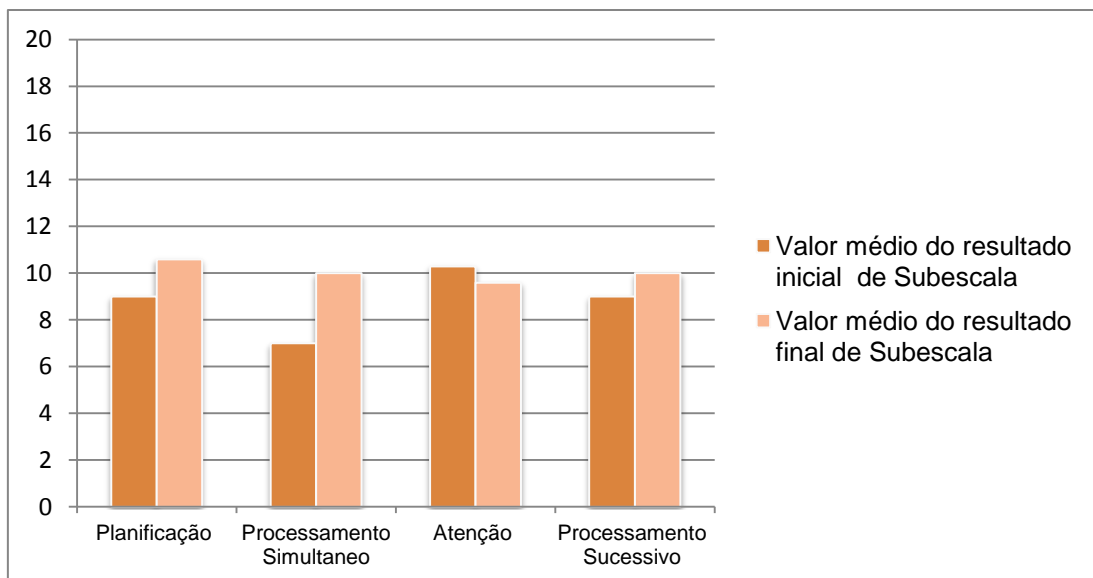


Gráfico 5 --Comparação média dos valores totais do CAS na avaliação inicial e final do F

Como se verificam nos resultados obtidos através da aplicação do CAS, é possível observar melhores resultados médios em quase todos os processos cognitivos. Apesar desta melhoria, a área menos forte do F. é o processamento sucessivo, existindo um comprometimento na capacidade de organização de estímulos ou informações numa ordem sequencial específica. Esta cotação também pode ser explicada pela falta de atenção da criança. As áreas mais fortes do F. são os processos cognitivos da planificação, processamento simultâneo e atenção, existindo uma facilidade na resolução de problemas e no controlo da impulsividade, na capacidade de integração de distintos estímulos numa organização única e global, ou seja, implica a síntese de elementos separados num grupo interrelacionado. Ao contrário da avaliação inicial, na avaliação final o processo cognitivo da atenção sofre uma ligeira diminuição, podendo ser explicado pelo facto da tarefa já não ser novidade, levando a que a criança não precisa-se de tanta atenção para executar a tarefa.

#### 4.2.5 Resultados do Processo Terapêutico

Após os vários meses de intervenção, verificou-se evolução em algumas áreas de desenvolvimento do F.

O F. manteve um comportamento constante durante todo o processo de intervenção, foi uma criança participativa e motivada na elaboração das tarefas.

Ao nível da **motricidade fina**, o F. melhorou nas atividades de pintura, conseguindo pintar dentro dos limites, no desenho das letras, sendo mais perceptível a sua caligrafia. Nas tarefas de corte também houve uma melhoria, havendo uma maior precisão na execução das tarefas.

No domínio da **cognição**, área da concentração, o F. mostrou melhorias, conseguindo executar as atividades do princípio ao fim sem interrupções, assim como perceber a

instrução da tarefa logo à primeira. Na área do raciocínio abstrato matemático houve uma melhoria, apesar de não ter atingido todos os objetivos definidos inicialmente.

Em contexto escolar, o F. melhorou o seu nível académico, apresentando melhores resultados em todas as áreas académicas. Na sala de aula também foram usadas algumas estratégias novas, tais como: todos os momentos de avaliação deveriam ser realizados na parte da manhã, sentar-se perto da professora e de alunos pouco faladores e dar instruções e explicações curtas e simples.

É importante referir que, em março, o F. foi à médica de desenvolvimento infantil e, por apresentar notas muito baixas nas avaliações, a médica decidiu aumentar a medicação que o F. tomava no início da intervenção.

De seguida será apresentada uma tabela dos objetivos que foram adquiridos, emergente, e não adquiridos.

Tabela 11 - Objetivos adquiridos, não adquiridos e emergentes do F.

Objetivo Terminal	Não adquirido	Emergente	Adquirido
A criança deve ser capaz de realizar uma sopa de letras encontrando 12 palavras, na vertical, diagonal e horizontal durante 10 minutos numa tabela de 13x13 letras			X
A criança deve realizar o jogo da memória dos 28 pares de cartas, no tempo máximo de 10 minutos			X
A criança deve ser capaz de encontrar 7 diferenças, em dois desenhos semelhantes, no tempo máximo de 15 minutos		X	
A criança deve ser capaz de interpretar um problema (multiplicar) adequado a sua idade. Referindo quais são os dados e as operações usadas para resolver o problema.	X		
A criança deve ser capaz de resolver uma operação subtração com 2 números com 3 dígitos cada			X
A criança deve ser capaz de realizar uma operação de multiplicar com dois números, um com 3 dígitos, outro com 1 dígito.	X		
A criança deve ser capaz de pintar um desenho A4 não ultrapassando os limites, sem deixar espaços em branco, e pintando sempre no mesmo sentido			X
A criança deve ser capaz de recortar por cima do limite do desenho A4.			X

Apesar desta evolução, o F. apresentou ainda dificuldades essenciais que devem ser trabalhadas. Propôs-se a continuidade dos apoios, não só na psicomotricidade, mas também um acompanhamento pela professora de educação especial, visto que depois da consulta no hospital, a mãe conseguiu um relatório médico comprovando a PHDA do F., conseguindo dar entrada do seu processo na educação especial.

Após o processo de intervenção e de avaliação final, foi marcada uma nova reunião com a professora e outra com a mãe do F. para apresentar a evolução da criança, durante o processo de intervenção. Foram sugeridas algumas estratégias tanto para a mãe como para a professora, tais como todas as tarefas académicas do F. deveriam ser feitas no turno da manhã, pois é o período do dia, onde a criança apresenta

maiores níveis de atenção, assim como um calendário de atividades com imagens, para relembrar as tarefas à criança.

A participação e o interesse da família do F foram fundamentais para o alcance dos objetivos. As informações dadas pela mãe acerca dos comportamentos do F, foi importante para perceber a sua evolução durante o processo interventivo no contexto familiar.

### 4.3 Estudo de Casos III

A B. é uma criança com 7 anos de idade, do género feminino que frequenta o 2º ano de escolaridade. Foi sinalizada para a EMDIIP pela professora titular por apresentar graves dificuldades ao nível da motricidade fina. A criança vive com a mãe e com um irmão mais velho. A mãe referiu que a criança sempre apresentou um desenvolvimento considerado normal, apesar de não ter frequentado o pré-escolar. Por informações dadas pela professora titular, o pai encontra-se preso e a criança tem contato com uma irmã do pai, durante as férias escolares.

#### 4.3.1 Avaliação Inicial

Após a conversa de apresentação com os professores da B., foi realizada, durante quatro sessões, uma avaliação formal através da aplicação do CAS e através de observação com a ajuda da *checklist* pré-académica.

Com base na avaliação informal pode-se concluir que a B. apresenta dificuldades nos domínios **da motricidade fina**, nomeadamente ao nível do desenho das letras e da coordenação oculo-manual ou seja atividade de corte e de pintura. Na **motricidade global**, estas dificuldades foram observadas nas atividades de coordenação oculo-manual e na manipulação de objetos, sendo duas áreas menos fortes. No domínio **cognitivo** a B. desempenhou as tarefas com sucesso. Em termos **socio-emocionais**, a B. é uma criança comunicativa, mas pouco autónoma, ou seja é necessário estar sempre a motivá-la na realização das tarefas. Em anexo segue-se a *checklist* pré-académica preenchida

De seguida é apresentado um gráfico com os valores médios obtidos de cada processo cognitivo.

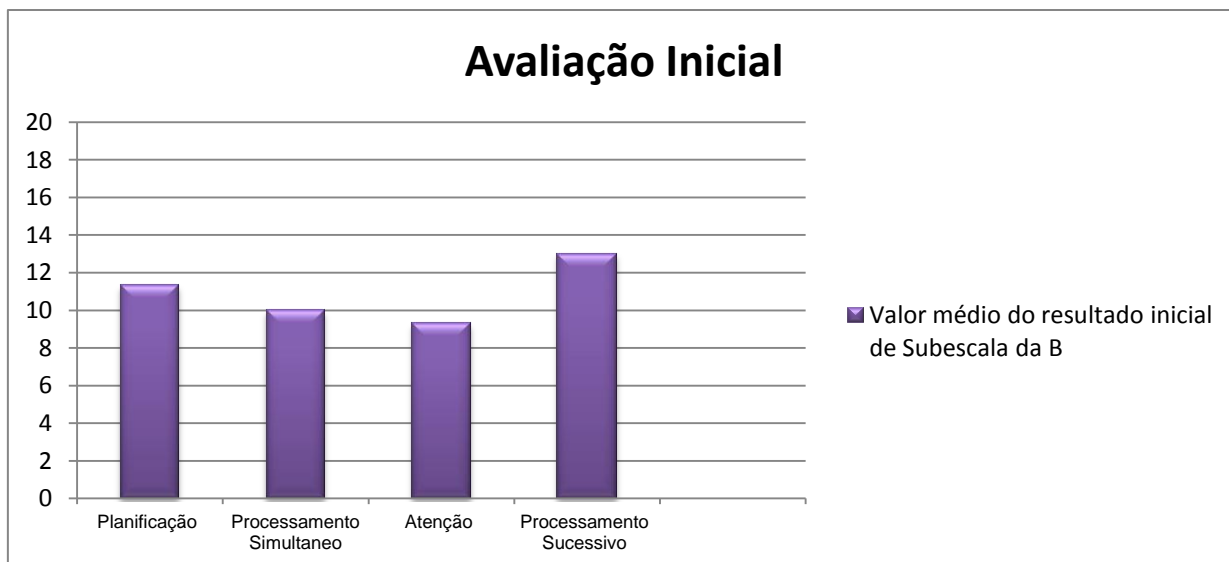


Gráfico 6- Média dos valores totais no CAS na avaliação inicial da B.

Com base na avaliação formal, a B. obteve resultados esperados para a sua idade, nos processos cognitivos da planificação, no processamento simultâneo e no processamento sucessivo, sendo as áreas fortes da B.. Pode-se concluir que apresenta uma facilidade na resolução de problemas, no controlo da impulsividade durante realização das tarefas, na integração de distintos estímulos numa organização única e global, ou seja, implica a síntese de elementos separados num grupo interrelacionado, e na organização de estímulos ou informações numa ordem sequencial específica. No processo cognitivo da atenção a B. obteve um valor abaixo do que seria esperado para a sua idade, sendo uma área menos forte. Assim concluiu-se que poderá existir um comprometimento na orientação da atenção seletiva para um determinado estímulo inibindo os restantes.

#### 4.3.2 Planeamento de Intervenção

Com base nos resultados da avaliação e da conversa com a mãe e a professora titular, foram definidos os seguintes objetivos.

Tabela 12- Plano terapêutico- pedagógico da B.

Domínio do Desenvolvimento	Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Comportamental
<b>Motricidade fina</b>	Desenvolver competências de praxia fina	Melhorar o grafismo e o desenho das letras	A criança deve ser capaz de realizar grafismo corretamente, seguindo o exemplo apresentado na figura
			A criança deve ser capaz de realizar uma cópia com 15 linhas sem erros ortográficos, e com a letra perceptível (Todas as letras com o mesmo tamanho e com espaçamento adequados entre as mesmas
	Promover a coordenação oculo-manual	Melhorar competências de corte e pintura	A criança deve ser capaz de recortar um desenho corretamente por cima das linhas
			A criança deve ser capaz de pintar um desenho numa folha A4 sem sair dos limites, sempre para a mesma direção sem deixar espaços em branco
<b>Motricidade de global</b>	Desenvolver a manipulação de objetos	Melhorar a coordenação oculo-manual	A criança deve ser capaz de atirar uma bola de andebol apenas com uma mão, acertando um arco com 50 cm de raio e acerca de 1m de altura e 1,5 m de distância da criança.
			A criança deve ser capaz de agarrar uma bola de andebol com as duas mãos, não usando o tronco para ajudar, com distância do terapeuta de 1,5
		Melhorar coordenação oculo-podal	A criança deve ser capaz de pontapear uma bola de futebol acertando numa baliza com 50cm é a uma distância de 1,5 entre a criança e a baliza.
			A criança deve ser capaz de receber uma bola de futebol e para-la com o pé depois de o terapeuta a pontapear com uma distância de 1,5m

### 4.3.3 Intervenção

Foi proposto que a B. frequente-se as sessões de psicomotricidade uma vez por semana durante 45 minutos. Esta intervenção teve características apresentadas no ponto 3: *Intervenção*.

A intervenção com o B. teve início em outubro de 2012. Inicialmente foi feita observação em contexto sala de aula e nas atividades extra curriculares e só depois se iniciaram as sessões individualmente. A intervenção foi composta por 26 sessões incluindo as de observação, intervenção e avaliação inicial e final.

Durante o decorrer das sessões a B. demonstrou ser uma criança comunicativa nas tarefas propostas pela terapeuta, sendo, no entanto, necessário estar constantemente a motivá-la para realização da tarefa. É também importante referir que a B. estava bastante cansada durante o decorrer as sessões, suspeitando-se que tenha dormido pouco na noite anterior.






A sessão era estruturada em 3 ou 4 momentos: 1- “Conversa inicial/ Quebra-gelo”; 2- “Realização de tarefas planeadas”; 3-“Retorno à calma/ momento de brincadeira livre”; 4- “Conversa final sobre as atividades realizadas durante as sessões”.

As sessões eram realizadas no ginásio da escola, equipado com vários materiais de ginásio ou numa sala de aula equipada com uma mesa, cadeiras, materiais didáticos e computadores.

As atividades desenvolvidas pela B. recaíram sobre os domínios de desenvolvimento apresentados no plano pedagógico – terapêutico sendo que os objetivos foram trabalhados todos com a mesma frequência.

De seguida segue-se um exemplo de planeamento da sessão.

Tabela 13 - Exemplo de Plano de Sessão de B.

Atividade	Objetivos Específicos	Objetivos Terminais	Critérios de Êxito	Material	Observação
<b>Conversa inicial sobre a semana</b>	Promover a relação empática entre o terapeuta e a criança; 	A criança deve ser capaz de contar episódios que aconteceram durante a semana	Respondendo as perguntas da terapeuta		A criança atingiu o objetivo com sucesso
<b>Faz igual</b>	Melhorar a coordenação oculo-manual 	A criança deve ser capaz de realizar grafismo,	seguindo o exemplo apresentado na figura	Folha com grafismos	A criança atingiu o objetivo com sucesso.
<b>Recorta e cola</b>	Melhorar a coordenação oculo-manual 	A criança deve ser capaz de recortar um desenho	Segurando corretamente na tesoura e cortando por cima do limite do desenho	Tesoura, cola, desenhos	A criança atingiu o objetivo com sucesso
<b>Pinta o desenho</b>	Melhorar a coordenação oculo-manual 	A criança deve ser capaz de pintar um desenho A4	Não ultrapassando os limites, sem deixar espaços em branco, e pintando sempre no mesmo sentido	Desenho para pintar	A criança atingiu o objetivo com sucesso
<b>Conversa final</b>	Promover a capacidade de responder a perguntar 	A criança deve ser capaz de manter uma conversa	Respondendo com interesse a todas as perguntas colocadas pelo terapeuta		A criança atingiu o objetivo com sucesso

Legenda:

-  Cognição
-  Linguagem expressiva
-  Motricidade fina
-  Socio-emocional
-  Motricidade Global
-  Autonomia
-  Linguagem recetiva

#### 4.3.4 Avaliação Final

Para observar a evolução da B. durante o processo terapêutico, foi aplicado novamente o CAS.

De seguida é apresentado um gráfico com os valores médios obtidos de cada processo cognitivo nos dois momentos de avaliação.

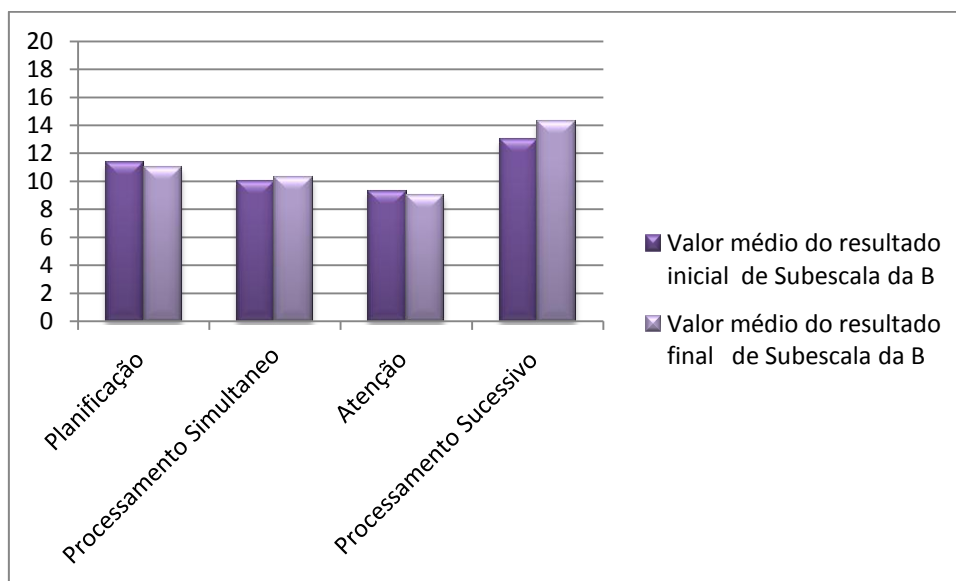


Gráfico 7 -Comparação média dos valores totais do CAS na avaliação inicial e final da B.

Através dos resultados demonstrados é possível analisar quais são as áreas fortes e menos fortes da B. As áreas fortes da B. são o processamento sucessivo, a planificação e o processamento simultâneo, onde os valores obtidos são superiores a 10. Isso revela uma facilidade na capacidade de organização de estímulos ou informações numa ordem sequencial específica, na resolução de problemas e controlo da impulsividade e na capacidade de integração de distintos estímulos numa organização única e global, ou seja, implica a síntese de elementos separados num grupo interrelacionado. A área menos forte é o processo cognitivo a atenção podendo revelar um comprometimento na capacidade de orientar a sua atenção seletiva para um determinado estímulos, inibindo os restantes estímulos, prejudicando o sucesso de algumas tarefas realizadas pela B.

#### 4.3.5 Resultados do Processo Pedagógico - Terapêutico

Após os vários meses de intervenção, verificou-se evolução em algumas áreas de desenvolvimento da B.

Ao nível da **motricidade fina**, a B. apresentou uma melhoria ao nível das atividades de pintura e corte, apesar de ainda demonstrar algumas limitações no desenho das letras, sendo pouco perceptível.

Relativamente a **motricidade global** a B. atingiu todos os objetivos definidos neste domínio, demonstrando confiança na execução das tarefas. Inicialmente só concretizava os objetivos se fossem realizados com uma bola de esponja, mas com o decorrer das sessões, houve uma alteração ao material utilizado (bola de andebol) conseguindo igualmente concluir os objetivos.

Em termos **cognitivos** a B. durante a intervenção não apresentou nenhum tipo de limitação, não tendo sido trabalhado especificamente este domínio de desenvolvimento. De seguida será apresentada uma tabela dos objetivos que foram adquiridos, emergente, e não adquiridos.

Tabela 14 - Objetivos adquiridos, não adquiridos e emergentes da B.

Objetivo Terminal	Não adquirido	Emergente	Adquirido
A criança deve ser capaz de realizar grafismo corretamente, seguindo o exemplo apresentado na figura			X
A criança deve ser capaz de realizar uma cópia com 15 linhas sem erros ortográficos, e com a letra perceptível (Todas as letras com o mesmo tamanho e com espaçamento adequados entre as mesmas	X		
A criança deve ser capaz de recortar um desenho corretamente por cima das linhas			X
. A criança deve ser capaz de pintar um desenho numa folha A4 sem sair dos limites, sempre para a mesma direção sem deixar espaços em branco			X
A criança deve ser capaz de atirar uma bola de andebol apenas com uma mão, acertando um arco com 50 cm de raio e acerca de 1m de altura e 1,5 m de distância da criança.			X
A criança deve ser capaz de agarrar uma bola de andebol com as duas mãos, não usando o tronco para ajudar, com distância do terapeuta de 1,5			X
A criança deve ser capaz de pontapear uma bola de futebol acertando numa baliza com 50cm é a uma distância de 1,5 entre a criança e a baliza			X
A criança deve ser capaz de receber uma bola de futebol e para-la com o pé depois de o terapeuta a pontapear com uma distância de 1,5m			X

Depois da intervenção e avaliação final, foi marcada novamente uma reunião com a mãe e com a professora titular para apresentar os resultados da intervenção psicomotora. A mãe durante a reunião referiu que iria levar a B. a um oftalmologista para fazer um despiste visual à criança.

Apesar das evoluções, o B. apresenta ainda dificuldades importantes a serem trabalhadas. Seria fundamental que a B. continuasse a beneficiar da intervenção psicomotora, para melhorar a sua prestação no domínio da motricidade fina.



A B. faltava com aulas frequências as sessões por motivos de saúde, essas interrupções influenciaram o processo terapêutico.

A mãe da B. estava presente em todas as reuniões marcadas, mas era uma pessoa com algumas dificuldades em expressar-se, logo não fornecia informações relevantes para o processo de intervenção.

## **5. Atividades Complementares**

No decorrer do ano letivo existiram experiências enriquecedoras para a minha formação profissional e pessoal.

### **5.1 Reuniões de Equipa**

Ao longo do estágio, existiram várias reuniões entre as estagiárias e a coordenadora da faculdade. Também decorreram reuniões com a diretora técnica da EMDIIP, regularmente, para fazer um ponto de situação do estágio e esclarecer dúvidas.

As reuniões de equipa aconteciam quinzenalmente, na sede da EMDIIP, com todos os técnicos. Estas reuniões tinham como objetivo fornecer informações importantes ao funcionamento da instituição, troca de experiências e discussão de casos específicos.

### **5.2 Sala de Multideficiência**

No início do ano letivo, foi proposto às estagiárias que interviessem no âmbito psicomotor com as crianças que se encontravam na Sala de Multideficiência.

Nesta sala estão inseridas sete crianças com diversas problemáticas como: Paralisia Cerebral, Síndrome de Adams – Oliver e Síndrome de Angelman, apoiados por duas auxiliares de educação e um professor titular.

Devido ao funcionamento e ao horário da Sala de Multideficiência, não foi possível realizar o que tinha sido proposto inicialmente. Por esse motivo, as estagiárias participavam nas atividades que existiam na sala e interagiam com as crianças. Como era um horário fixo, (quarta-feira de manhã), as atividades eram quase sempre de expressão plástica. Esta atividade permite as crianças a descoberta de novos materiais e as suas diversas funcionalidades.

As estagiárias também participaram na ida ao teatro na Junta de Freguesia de Casal de Cambra, para ver o *Peter Pan*.

### **5.3 Caso A.**

Foi pedido, através do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, à Faculdade de Motricidade Humana, o assegurar de intervenção psicomotora por parte de uma estagiária a uma criança, com 3 anos de idade, que apresentava algumas limitações ao nível da motricidade fina, assim como alguns comportamentos de baixa autoestima e pouca motivação para as tarefas realizadas em contexto de sala de aula.

A intervenção iniciou-se em março, no infantário da criança e teve a duração de quatro meses. As sessões eram realizadas individualmente numa sala, onde os objetivos incidiram no domínio da motricidade fina e socio-emocional.

Apesar do curto tempo de intervenção a A. apresentou algumas evoluções não só pelas sessões de psicomotricidade, assim como o facto de este ano a A. ter ido com mais frequência a escola, porque motivos de saúde A. faltava muitas vezes, afetando a sua relação com os pares.

## **Conclusão**

As minhas expetativas profissionais e pessoais relativas ao estágio eram grandes e considero que foram superadas. Tanto devido à população- alvo como às áreas de intervenção, que eram compatíveis com as minhas preferências profissionais. Os objetivos definidos no início para a prática profissional, foram atingidos.

Esta experiência foi bastante enriquecedora, não só a nível profissional como pessoal, visto que a interação com todos os intervenientes ajudou a conhecer-me um pouco melhor como técnica de psicomotricidade e como pessoa. Este estágio proporcionou a possibilidade de aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico na vertente prática.

Todos os conceitos abordados no início deste documento foram discutidos e esclarecidos, para ajudar no desenvolvimento da intervenção psicomotora, com ajuda dos técnicos da EMDIIP e de Professores da FMH.

A troca de experiências com outros técnicos da área da psicomotricidade tornou-a mais importante, sendo possível conhecer diversas opiniões e esclarecer as minhas dúvidas e incertezas. Durante todo o período, tentaram dar o máximo de oportunidades de aprendizagens que foram possíveis de ser transmitidas.

O facto de ter ficado com dez casos deu uma grande responsabilidade e uma enorme experiência profissional visto que eram crianças com problemáticas distintas o que profissionalmente possibilitou um conhecimento mais alargado das diversas perturbações do desenvolvimento. No geral, o relacionamento com todas as crianças intervencionadas foi fácil também pelo facto de estarem habituadas à presença de técnicos na escola.

A intervenção em contexto escolar também foi uma novidade para mim como técnica. Intervir no contexto onde a criança está inserida é uma mais-valia pois não se retira a criança para um novo contexto, e ela sente-se mais a vontade no início pois está num sítio que lhe é familiar.

A interação com os pais e os professores, ao longo do ano, foi bastante positiva. Ao nível do processo pedagógico - terapêutico foi fundamental esta afinidade para o sucesso do trabalho realizado. Pessoalmente, esta relação permitiu ainda desmistificar alguns receios que existiam inicialmente por ter que comunicar com pais e professores.

No decorrer do processo pedagógico- terapêutico houve contato com determinados instrumentos de avaliação, o que ajudou a perceber quais as fragilidades das várias escalas e como solucionar determinados problemas. Foi possível compreender na prática a importância de estabelecer previamente os objetivos, para ajudar no processo de intervenção e puder analisar a evolução de cada caso. Compreendi

também que as estratégias que são fundamentais para ajudar as crianças a concretizarem as tarefas. As estratégias não são exatamente iguais para todas as crianças, sendo importante conhecê-las ao pormenor para ser flexível nas estratégias aplicadas.

Todas as reuniões de equipa contribuíram para a minha formação profissional mas também em outras áreas, tais como: a psicologia, a terapia da fala, o serviço social e a fisioterapia. A partilha e discussão de casos provam que até mesmo técnicos com uma vasta experiência demonstram indecisões nas suas intervenções. O facto de a equipa ser multidisciplinar sendo uma mais-valia para a minha formação.

A EMDIIP trabalha com diversos agrupamentos de escolas permitindo assim uma maior conhecimento de casos e de realidades socioeconómicas distintas.

Por parte da instituição fui bem acolhida e integrada. O espírito jovem de toda a equipa técnica facilitou a integração. No início, foram dados alguns conselhos para ajudar no meu trabalho junto das crianças, pais e escola. Foi ainda dada a possibilidade de, em conjunto, com o professor titular conseguir definir o horário de trabalho.

Fora do âmbito do estágio fui convidada, diversas vezes, a participar em eventos e iniciativas feitas pela EMDIIP.

Todas as intervenções decorreram em ambiente escolar e como tal, eram prejudicadas devido às interrupções e atividades escolares. As mesmas podiam influenciar o desempenho das crianças visto que se verificavam pausas demasiado longas. Outro aspeto menos positivo a salientar prende-se com o elevado número de técnicos existentes nas escolas, o que levava a que as salas de trabalho fossem sempre diferentes, podendo estas apresentar estímulos diferentes o que despertava a curiosidade das crianças. Em algumas escolas, o facto da sala de trabalho (ginásio) ser ao lado o refeitório e devido à fraca insonorização prejudicava o bom funcionamento da sessão. Outro fator negativo deve-se ao facto das sessões serem realizadas em contexto escolar, sendo necessárias muitas burocracias, tais como autorizações por parte dos agrupamentos o que atrasa os processos de intervenção.

Uma das maiores dificuldades no processo interventivo foi a relação com as famílias dos estudos de casos, principalmente em Casal de Cambra, não eram famílias participativas, sendo difícil comunicar com as mesmas. A falta de comunicação entre terapeuta e família, pode influenciar a intervenção, pois não existe troca de estratégias e de tarefas para que a intervenção seja contínua em casa.

Concluindo, as atividades de estágio apresentam um balanço positivo, não só pelo facto dos objetivos iniciais RACP terem sido alcançados assim como todos os ganhos de experiências pessoais.

## Bibliografia

- Associação Portuguesa de Psicomotricidade - APP (2012). *Brochura das práticas profissionais com crianças e adolescentes com perturbações do desenvolvimento e da aprendizagem*.
- American Psychological Association - APA (1996). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental-* IV. Washington D.C: Climepsi Editores.
- Almeida, G. (2006). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 6, pp. 56-64.
- Antunes, S., & Duarte, A. (2003). Intervenção Psicomotora Precoce. *A Psicomotricidade*, 1 (2), 55-61
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidade*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Barkley, A., & Murphy, K. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guildford Press.
- Bates, A., & Sokul, M. (2012). *Fine and Visual Motor Assessement*. Consultado em . <http://ssot.sk.ca/+pub/document/March%20lunch%20and%20learn%20power%20point.pdf>
- Cavalari, N., & Garcia, K. (2010). A Importância Da Psicomotricidade no Desenvolvimento Psicológico da Criança. 1. Caderno Multidisciplinar de Pós-Graduação da UPC.
- Correia, L. M. (2004). Problematização das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise Psicológica: XXII*, 369- 376.
- Correia, L. M. (2007). Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. *Revista Brasileira de Educação Especial XXIII*.(2),155-172.
- Correia, L. M. (2008). *Dificuldades de aprendizagem específicas: Contributos para uma definição portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. & Martins, A. (1999). *Dificuldades de Aprendizagem: Que são? Como entendê-las?* Biblioteca digital. Coleção EDUCAÇÃO. Porto Editora.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança - Psicomotricidade relacional*. Lisboa. Trilhos Editora.
- Cruz, V. (1999). *Dificuldades de Aprendizagem: Fundamentos*. Porto. Porto Editora.
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Lisboa e Porto. Lidel.
- Decreto Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro. Diário da República nº 4 - I série. Ministério da Educação. Lisboa.
- EMDIIP. (2013). *Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce* . Consultado em Maio de 2013 em <http://www.emdiip.com/>

- Fávero, M. & Calsa, G. (2003). As Razões do Corpo: psicomotricidade e disgrafia. In I Encontro Paranaense de Psicopedagogia, Nov. 2003,113-122.
- Fonseca, V. (1984). *Uma introdução às Dificuldades de Aprendizagem*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Lisboa : Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2005). Dificuldades de Aprendizagem: Na busca de alguns axiomas. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano 39,3. 13-38.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos factores psicomotores*. Lisboa: Âncora.
- Franc, N. (2002). En torno al juego y la intervencion psicomotriz. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 5 33-46
- Henderson, S. S. (1992). *Assessment Battery Child (ABC)*. Local??editora?
- Lerner, J. W. (2003). *Learning Disabilities Theories, Diagnosis an Teaching strategies (9º Ed.)*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Lopes, J. (1998). *Distúrbio hiperativo de défice de atenção em contexto de sala de aula. A incerteza existência de um problema de desenvolvimento da infância e da adolescência*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Lopes, J. (2004). *A hiperatividade* . Coimbra: Editora Quarteto.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As práticas entre o instrumental e relacional. In V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* Cruz - Quebrada: Edições FMH. 29-40
- Martins, R. (2005). Corpo e motricidade na construção da identidade. In D. Rodrigues, *O corpo que (des)conhecemos p*. Cruz- Quebrada : Edições FMH. 219-247
- Martins, R. e Rosa, R (2005). A Psicomotricidade e Hiperactividade (PHDA) In Vidal M.J. (Ed.), *Intervenção Terapêutica m Grupos de Crianças e Adolescentes*. Lisboa: Trilhos Editora
- Naglieri, J. e. (1997). *Cognitive Assessement System: Interpretive Handbook*. Itasca: Illinois: Riverside Publishing.
- Parker, H. C. (2004). *Desordem por défice de atenção e hiperatividade - um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Rebelo, J. A. S. (1993). *Dificuldades da Leitura e da Escrita em alunos do ensino básico*. Rio Tinto: Edições ASA.
- Ribeiro, L. (2010). Abordagens da intervenção nas Dificuldades de Aprendizagem Específicas .*Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 17 (4) 7-12

- Rodrigues, D. (2006). Dez ideais (mal) feitas sobre a educação inclusiva. In Rodrigues, D. *Educação Inclusiva. Estamos a fazer progressos?* Cruz – Quebrada : FMH Edições
- Rodrigues, A. N. (2007). Escalas revistas de Conners: Forma reduzida para os pais e professores. *Análise psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* 3, 203-227
- Rowan, C. (s/d). School-Age Checklist Occupational and Physical Therapy Services: 5-12 years. Adaptado: OTA, 124 Watertown Street, Watertown, Maine, 021172
- Santos, P. (2012). *Hiperatividade e Déficit de Atenção com contexto escolar: Estudo comparativo das percepções e impacto em professores do ensino básico*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Sarmiento, J., & Lima, V. (25 de Fevereiro de 2012). A Educação Psicomotora na Educação Infantil. Obtido em 15 de junho de 2013, de Psicopedagogia online: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=1445>
- Servera- Barceló, M. (2005). Modelo de Autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología*, 40(6) , 358-368
- Silva, L. & Cavalari, N. (2010). Psicomotricidade e Aprendizagem. *Caderno Multidisciplinar de Pós- Graduação da UCP* 1(4) , 102-114.
- Sowling, M. & Hulme C. (2012). Annual Research Review: The nature and classification of reading disorders: a commentary on proposals for DSM- V. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 53(5):593-607.
- Villar, I. O. (2000). Déficit de Atención con Hiperactividad: El modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley . *Revista Complutense de Educación*, 11. (1), 71-84

# **ANEXOS**

## ESCALA DE CONNERS PARA PAIS – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(Keith Connors, PhD., 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues - Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana – parte integrante da dissertação de doutoramento.

Abaixo estão descritos os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: "Com que frequência isto aconteceu no último mês?", e marque a melhor resposta para cada um. Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

NUNCA 0	UM POUCO 1	FREQUENTEMENTE 2	MUITO FREQUENTE 3
1. Desatento, distrai-se facilmente (38)		<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Furioso (zanga-se com facilidade) e ressentido (1)	<input checked="" type="checkbox"/>		
3. Dificuldade em fazer ou acabar os trabalhos de casa (2)	<input checked="" type="checkbox"/>		
4. Está sempre a movimentar-se ou age como "tendo as pilhas carregadas" ou como se "estivesse ligado a um motor".(3)			<input checked="" type="checkbox"/>
5. Atento por curtos períodos de tempo (56)	<input checked="" type="checkbox"/>		
6 Discute/argumenta com os adultos (11)			<input checked="" type="checkbox"/>
7. Mexe muito os pés e as mãos e mexe-se ainda que sentado no lugar.(55)		<input checked="" type="checkbox"/>	
8. Não consegue completar o que começa (12)	<input checked="" type="checkbox"/>		
9. Dificil de controlar em centros comerciais ou sítios públicos(13)		<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Desarrumado ou desorganizado em casa ou na escola (63)		<input checked="" type="checkbox"/>	
11. Perde o controlo (21)		<input checked="" type="checkbox"/>	
12. Precisa de acompanhamento para executar as suas tarefas (22)	<input checked="" type="checkbox"/>		
13. Só presta atenção quando é uma coisa que lhe interessa (69)	<input checked="" type="checkbox"/>		
14. Corre e trepa em situações inapropriadas (23)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
15. Distraído e com tempo de atenção curto (45)	<input checked="" type="checkbox"/>		
16. Irritável (31)	<input checked="" type="checkbox"/>		
17. Evita, tem relutância ou tem dificuldade em empreender tarefas que exigem um esforço continuado (tal como trabalhos na escola ou de casa) (9)	<input checked="" type="checkbox"/>		
18. Irrequieto, "tem bicho carpinteiro" (32)			<input checked="" type="checkbox"/>
19. Distrai-se quando lhe estão a dar instruções para fazer uma coisa (48)	<input checked="" type="checkbox"/>		



20. Provocador ou recusa em satisfazer os pedidos de um adulto (40)	0	1	2	3
21. Tem problemas em concentrar-se nas aulas (19)	0	1	2	3
22. Tem dificuldade em manter-se numa fila ou esperar a sua vez num jogo ou trabalho de grupo (42)	0	1	2	3
23. Levanta-se na sala ou em lugares onde deveria ficar sentado (76)	0	1	2	3
24. Deliberadamente faz coisas para irritar os outros(67)	0	1	2	3
25. Não segue instruções e não acaba os trabalhos no lugar ( Não é dificuldade em entender as instruções ou recusa ) (29)	0	1	2	3
26. Tem dificuldade em brincar ou trabalhar calmamente (59)	0	1	2	3
27. Fica frustrado quando não consegue fazer qualquer coisa (78)	0	1	2	3

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo I - Escala de Conners Forma Reduzida da Mãe do M.

## ESCALA DE CONNERS PARA PROFESSORES – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(Keith Connors, PhD. - 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues - Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana

Abaixo estão descritos os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: "Com que frequência isto aconteceu no último mês?", e marque a melhor resposta para cada um. Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

	NUNCA 0	UM POUCO 1	FREQUENTEMENTE 2	MUITO FREQUENTE 3
1 Desatento, distrai-se facilmente (26)	0	1	2	3
2 Comportamento de desafio face ao adulto (1)	0	1	2	3
3 Inquieto, "Tem bichos carpinteiros" (mexe o corpo sem sair do lugar) (2)	0	1	2	3
4 Esquece-se de coisas que ele ou ela já aprenderam (3)	0	1	2	3
5 Perturba as outras crianças (35)	0	1	2	3
6 Desafia o adulto e não colabora com os pedidos que lhe são feitos (19)	0	1	2	3
7 Mexe-se muito como se estivesse sempre "ligado a um motor" (11)	0	1	2	3
8 Soleta de forma pobre (21)	0	1	2	3
9 Não consegue manter-se sossegado(a) (38)	0	1	2	3
10 Vingativo(a) ou "maldoso(a)" (47)	0	1	2	3
11 Levanta-se do lugar na sala de aula ou noutras situações em que deveria ficar sentado(a) (20)	0	1	2	3
12 Mexe os pés e as mãos e está irrequieto(a) no seu lugar (44)	0	1	2	3
13 Capacidades de leitura abaixo do esperado (30)				
14 Tem um tempo curto de atenção (48)	0	1	2	3
15 Argumenta com os adultos (37)	0	1	2	3
16 Dá apenas atenção a coisas em que está realmente interessado(a) (50)	0	1	2	3
17 Tem dificuldade em esperar a sua vez (29)	0	1	2	3
18 Não se interessa pelo trabalho escolar (40)	0	1	2	3
19 Distraído(a) ou apresentando curto tempo de atenção (52)	0	1	2	3
20 Tem um temperamento explosivo e imprevisível (7)	0	1	2	3
21 Corre em volta do espaço ou trepa de forma excessiva em situações em que esses comportamentos não são adequados (39)	0	1	2	3
22 Pobre em aritmética (56)				
23 Interrompe e intrmete-se (por exemplo nos jogos ou conversas de outros) (55)	0	1	2	3

24	Tem dificuldade em empenhar-se em jogos ou actividades de lazer, de forma sossegada (42)	0	1	2	3
25	Não termina as coisas que começa (17)	0	1	2	3
26	Não segue instruções que lhe foram dadas e não termina o trabalho escolar (não devido a comportamentos de oposição nem por falta de compreensão do que lhe foi pedido) (57)	0	1	2	3
27	Excitável e impulsivo (8)	0	1	2	3
28	Inquieto(a), sempre a levantar-se e a movimentar-se pelo espaço (59)	0	1	2	3

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo II - Escala de Conners Forma Reduzida preenchida pela Educadora do M.

## FICHA DE OBSERVAÇÃO – AEI – EMDIIP

Nome: _____	
Data de Nascimento: _____	
Observado por: _____	
Data da Observação: _____	Nome da Escola : _____
Inicial ____/____/____	
Final ____/____/____	

Para a elaboração desta *checklist* foram utilizados os seguintes instrumentos: *Fine and Visual Motor Assesement* (Bates & Sokul, 2012), *Assesement Battery Child (ABC)* (Henderson & Sugden, 1992), *School – Age Checklist Occupational and Physical Therapy Services: 5 – 12 years* Rowan (2012).

**Nota: A instrução é explicada verbalmente e com demonstração. Durante a tarefa não são fornecidas ajuda à criança.**

Observar todos os comportamentos da criança durante a realização das tarefas tais como: agitação motora, postura, lateralidade, atenção, motivação, tolerância à frustração, impulsividade e presença de comportamento (s) desadequado (s):

O M. apresentou grande agitação motora, levando-o a levantar várias vezes. Mostrou mais interesse nas atividades de motricidade global do que nas restantes.

Competências			Avaliação inicial	Avaliação Final
Motricidade Fina	Coordenação oculo-manual	Coloca 12 pinos pequenos nos orifícios de uma tábua pequena	4	
		Coloca um atacador numa tábua de madeira com orifícios	4	
	Preensão e Manipulação do lápis Grafismos	Preensão correta do lápis	4	
		Usa a mão de preferência	4	
		Utiliza a mão livre para segurar o papel	4	
		Realiza um desenho livre	4	
		Realiza grafismos de acordo com o modelo (a forma de uma flor)	3	4
		Copia formas geométricas (quadrado, triângulo, cruz)	4	
	Habilidades de corte e colagem Colorir	Agarra corretamente na tesoura	2	2,5
		Utiliza a mão livre para segurar o papel	4	
		Precisão no corte (linhas curvas, retas... ex: pai natal)	2	2,5
		Cola a sequência de imagens	4	
		Pinta com orientação, não deixando espaços em branco	4	
		Pinta o desenho completamente, não ultrapassando os limites	4	
	Habilidades de Escrita	Utiliza corretamente do espaço delimitado para a escrita	Não se aplica	
		Escreve o abecedário em letra maiúscula e minúscula	Não se aplica	
		Escreve o primeiro e último nome	Não se aplica	
		Realiza letras na mesma proporção	Não se aplica	

Motricidade Global	Coordenação ocular – manual	Atira o saco de feijão para dentro de um cesto a uma distância de 2m	4	
		Atira a bola de ténis ao chão e apanha com a mão, sem usar o corpo	4	
	Coordenação ocular-pedal	Pontapeia uma bola média para um alvo de 50cm (acerta entre pernas da cadeira) a uma distância de 2m	4	
Equilíbrio		Equilíbrio de Cegonha (apoia-se num pé apoiando a planta do outro pé contra a perna que serve de apoio durante 20 segundos. As mãos são colocadas na cintura com os dedos virados para fora)	4	
	Dinâmico	Salto dos quadrados (posiciona-se dentro do primeiro quadrado com os pés juntos e em seguida realiza 5 saltos. Os quadrados têm 45 cm)	4	
		Caminha sobre uma linha (caminha sem se desequilibrar em cima de uma linha com 4.5m de comprimento)	4	
Cognição	Habilidades pré-académicas	Indica qual das figuras é um círculo	4	
		Indica qual das figuras é um quadrado	4	
		Indica qual das figuras é um retângulo	4	
		Indica qual das figuras é um triângulo	4	

Anexo III - Checklist preenchida de observação académica do M.

## FICHA DE OBSERVAÇÃO – AEI – EMDIIP

Nome: _____	
Data de Nascimento: _____	
Observado por: _____	
Data da Observação: _____	Nome da Escola : _____
Inicial ____/____/____	
Final ____/____/____	

Para a elaboração desta *checklist* foram utilizados os seguintes instrumentos: *Fine and Visual Motor Assesment* (Bates & Sokul, 2012), *Assesment Battery Child (ABC)* (Henderson & Sugden, 1972), *School – Age Checkilst Occupational and Physical Therapy Services: 5 – 12 years Rowan* (2012).

**Nota: A instrução é explicada verbalmente e com demonstração. Durante a tarefa não são fornecidas ajudas à criança.**

Observar todos os comportamentos da criança durante a realização das tarefas tais como: agitação motora, postura, lateralidade, atenção, motivação, tolerância à frustração, impulsividade e presença de comportamento(s) desadequado(s).

**Realiza as letras todas juntas sendo difícil ler o que está escrito, parece tranquilo e motivado na realização de todas as tarefas**

O F. realizou todas as tarefas. Demonstrou pequenas dificuldades na realização das atividades de motricidade fina.

O F. demonstrou alguns momentos de distração, revelando déficit de atenção, sendo necessário usar estratégias para manter o F. concentrado na tarefa, assim como uma ligeira agitação motora.

Competências			Avaliação inicial	Avaliação Final
Motricidade Fina	Coordenação oculo-manual	Coloca 12 pinos pequenos nos orifícios de uma tábua pequena	4	
		Coloca um atacador numa tábua de madeira com orifícios	4	
	Preensão e Manipulação do lápis Grafismos	Preensão correta do lápis	4	
		Usa a mão de preferência	4	
		Utiliza a mão livre para segurar o papel	4	
		Realiza um desenho livre	4	
		Realiza grafismos de acordo com o modelo (a forma de uma flor)	3	4
		Copia formas geométricas (quadrado, triângulo, cruz)	3	4
	Habilidades de corte e colagem Colorir	Agarra corretamente na tesoura	4	
		Utiliza a mão livre para segurar o papel	4	
		Precisão no corte (linhas curvas, retas... ex: pai natal)	2	4
		Cola a sequência de imagens	4	
		Pinta com orientação, não deixando espaços em branco	3	4
		Pinta o desenho completamente, não ultrapassando os limites	2,5	4
	Habilidades de Escrita	Utiliza corretamente do espaço delimitado para a escrita	2	3
		Escreve o abecedário em letra maiúscula e minúscula	2	3
		Escreve o primeiro e último nome	4	4
		Realiza letras na mesma proporção	3	4



Motricidade Global	Coordenação oculo-pedal	Atira o saco de feijão para dentro de um cesto a uma <i>distância</i> de 2m	4	
		Pontapeia uma bola média para um alvo de 50cm (acerta entre pernas da cadeira) a uma distância de 2m	4	
Equilíbrio	Estático	Equilíbrio de Cegonha (apoia-se num pé apoiando a planta do outro pé contra a perna que serve de apoio durante 20 segundos. As mãos são colocadas na cintura com os dedos virados para fora)	4	
	Dinâmico	Salto dos quadrados (posiciona-se dentro do primeiro quadrado com os pés juntos e em seguida realiza 5 saltos. Os quadrados têm 45 cm)	4	
		Caminha sobre uma linha (caminha sem se desequilibrar em cima de uma linha com 4.5m de comprimento)	3	3
Cognição	Habilidades pré-acadêmicas	Indica qual das figuras é um círculo	4	
		Indica qual das figuras é um quadrado	4	
		Indica qual das figuras é um retângulo	4	
		Indica qual das figuras é um triângulo	4	

## FICHA DE OBSERVAÇÃO – AEI – EMDIIP

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Observado por: \_\_\_\_\_  
Data da Observação: \_\_\_\_\_ Nome da Escola : \_\_\_\_\_  
Inicial \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Final \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Para a elaboração desta *checklist* foram utilizados os seguintes instrumentos: *Fine and Visual Motor Assesement* (Bates & Sokul, 2012), *Assesement Battery Child (ABC)* (Henderson & Sugden, 1992), *School – Age Checklist Occupational and Physical Therapy Services: 5 – 12 years Rowan* (2012).

**Nota: A instrução é explicada verbalmente e com demonstração. Durante a tarefa não são fornecidas ajuda à criança.**

Observar todos os comportamentos da criança durante a realização das tarefas tais como: agitação motora, postura, lateralidade, atenção, motivação, tolerância à frustração, impulsividade e presença de comportamento (s) desadequado (s):

Dificuldades na estruturação temporal, não sabe localizar-se o tempo.

Apresenta uma caligrafia pouco organizada, apesar de fazer as letras todas do mesmo tamanho, estão em cima umas das outras sendo difícil de perceber. Apresentam dificuldades em escrever o seu apelido referindo que não sabia. Apresentou dificuldades ao escrever as letras maiúsculas e minúsculas.

Apresentou grandes receios na atividade da bola, só atirou a bola ao chão depois de muita insistência por parte do terapeuta. A professora referiu que a B. raramente realiza as aulas de atividade física, usando a desculpa que não traz fato – treino para realizar a tarefa.

A B. na imitação de figuras não foi capaz de realizar linhas retas.

Competências			Avaliação inicial	Avaliação Final
Motricidade Fina	Coordenação oculo-manual	Coloca 12 pinos pequenos nos orifícios de uma tábua pequena	4	
		Coloca um atacador numa tábua de madeira com orifícios	4	
	Preensão e Manipulação do lápis Grafismos	Preensão correta do lápis	4	
		Usa a mão de preferência	4	
		Utiliza a mão livre para segurar o papel	4	
		Realiza um desenho livre	4	
		Realiza grafismos de acordo com o modelo (a forma de uma flor)	3	4
		Copia formas geométricas (quadrado, triângulo, cruz)	2	2
	Habilidades de corte e colagem Colorir	Agarra corretamente na tesoura	4	
		Utiliza a mão livre para segurar o papel	4	
		Precisão no corte (linhas curvas, retas... ex: pai natal)	3	4
		Cola a sequência de imagens	4	
		Pinta com orientação, não deixando espaços em branco	3	4
		Pinta o desenho completamente, não ultrapassando os limites	2,5	3,5
	Habilidades de Escrita	Utiliza corretamente do espaço delimitado para a escrita	2	2
		Escreve o abecedário em letra maiúscula e minúscula	2	3
		Escreve o primeiro e último nome	2	3
		Realiza letras na mesma proporção	2	2

<b>Motricidade Global</b>	<b>Coordenação ocular - manual</b>	<b>Atira o saco de feijão para dentro de um cesto a uma distância de 2m</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
		Atira a bola de ténis ao chão e apanha com a mão, sem usar o corpo	2	<b>3</b>
	<b>Coordenação ocular-pedal</b>	Pontapeia uma bola média para um alvo de 50cm (acerta entre pernas da cadeira) a uma distância de 2m	2	<b>4</b>
<b>Equilíbrio</b>		<b>Equilíbrio de Cegonha</b> (apoia-se num pé apoiando a planta do outro pé contra a perna que serve de apoio durante 20 segundos. As mãos são colocadas na cintura com os dedos virados para fora)	4	
	<b>Dinâmico</b>	<b>Salto dos quadrados</b> (posiciona-se dentro do primeiro quadrado com os pés juntos e em seguida realiza 5 saltos. Os quadrados têm 45 cm)	4	
		<b>Caminha sobre uma linha</b> (caminha sem se desequilibrar em cima de uma linha com 4.5m de comprimento)	4	
<b>Cognição</b>	<b>Habilidades pré-académicas</b>	Indica qual das figuras é um círculo	4	
		Indica qual das figuras é um quadrado	4	
		Indica qual das figuras é um retângulo	4	
		Indica qual das figuras é um triângulo	4	

Anexo V - Checklist preenchida de observação académica da B.

